Niveau(x) d'enseignement: 1 Numéro EDUQ : 0570035
Centre d'intérêt: 260

Programme de mise à jour en adaptation scolaire, pour les enseignant(e)s. Module 9, L'intégration des élèves handicapés physiques à l'école régulière / [pour le Ministère de l'éducation], Direction générale du développement pédagogique, Service de la formation du personnel scolaire. -- Québec : La Direction, c1983.
3 v. ; 28 cm. -- (Perfectionnement / Direction générale du développement pédagogique)

Code: 16-8639-01 à 16-8639-03. Bibliogr.: v. 1, p. 47-48. Filmographie: v. 1, p. 48. Dépouillement: v. 1. Cahier de l'animateur ou de l'animatrice -- v. 2. Cahier du participant ou de la participante -- v. 3. Guide d'animation.

ISBN 2-550-05750-3

ISBN 2-550-05774-0

ISBN 2-550-05773-2

Descripteur(s): *Enfant handicapé *Handicapé physique *Intégration scolaire *Adaptation scolaire *Primaire (Niveau) *Secondaire (Niveau)

Ce module a été élaboré dans le cadre d'un programme de perfectionnement en adaptation scolaire destiné aux enseignants du secteur régulier des niveaux primaire et secondaire. Ses trois cahiers présentent l'information et le cadre structurel nécessaires à la réalisation d'une journée d'animation pédagogique. Des données relatives aux handicaps physiques (définition, caractéristiques, causes et conséquences) sont d'abord fournies. Suivent des renseignements sur les conditions à respecter pour une action pédagogique efficace auprès de l'élève handicapé physique. Enfin, les conditions requises pour intégrer l'élève handicapé physique en classe sont exposées.

Type de document: d
Notice(s) connexe(s): 0470406

EDUQ 8570035 A

Gouvernement du Québec
Ministère
de l'Éducation

16-8639-01

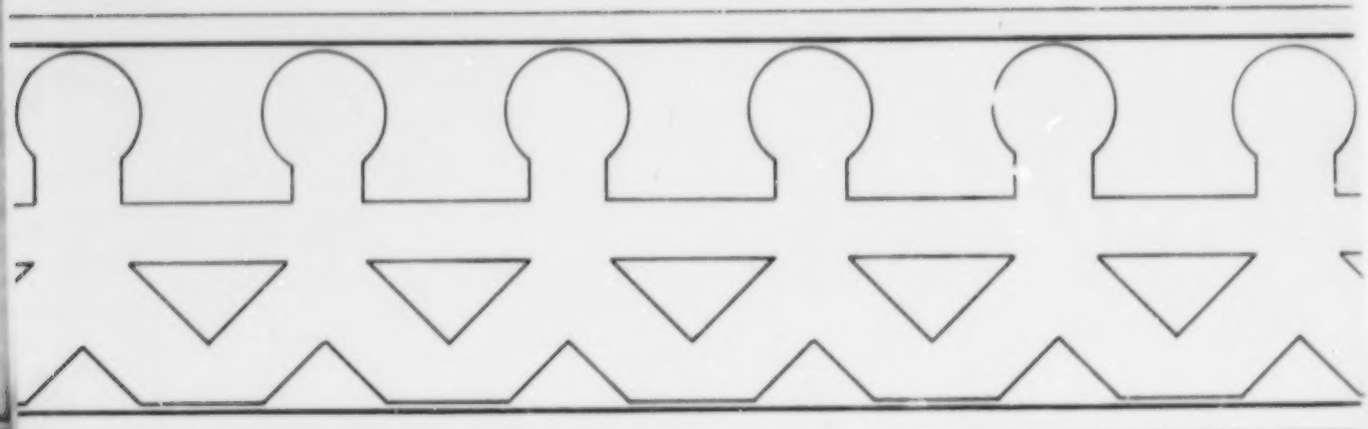
PERFECTIONNEMENT

PROGRAMME DE MISE À JOUR EN ADAPTATION SCOLAIRE POUR LES ENSEIGNANT(E)S

MODULE 9

L'INTÉGRATION DES ÉLÈVES HANDICAPÉS PHYSIQUES À L'ÉCOLE RÉGULIÈRE

CAHIER DE **L'ANIMATEUR** OU DE **L'ANIMATRICE**



EDUQ 8570035 A

PROGRAMME DE MISE À JOUR EN ADAPTATION SCOLAIRE POUR LES ENSEIGNANT(E)S

MODULE 9

L'INTÉGRATION DES ÉLÈVES HANDICAPÉS PHYSIQUES À L'ÉCOLE RÉGULIÈRE

CAHIER DE L'ANIMATEUR OU DE L'ANIMATRICE

Direction générale du développement pédagogique
Service de la formation du personnel scolaire

Premier tirage - Février 1983
Deuxième tirage - Mars 1983

© Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation, 1983

ISBN 2-550-05750-3

Dépôt légal - premier trimestre 1983

** NOTE **

Ce document a été réalisé en respectant les objectifs véhiculés dans les documents suivants:

- L'enfant physiquement handicapé a-t-il sa place à l'école?
  Document de sensibilisation (16-1508).

- Le handicap physique, guide pédagogique, préscolaire (16-1520-02).

- Le handicap physique, guide pédagogique, primaire .

Ces documents, auxquels vous pourrez vous référer au besoin, ont été préparés par le Service de l'adaptation scolaire de la Direction générale du développement pédagogique.

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
	TABLE DES MATIÈRES	3
	INTRODUCTION	5
I.	DÉFINITION DE L'ÉLÈVE HANDICAPÉ PHYSIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉFICIENCE	7
	1.1 Définition fonctionnelle de l'élève handicapé physique	9
	1.2 Les différentes manifestations	10
	1.3 Les causes des déficiences physiques	13
	1.4 Les conséquences des déficiences physiques	15
II.	APPROCHE PÉDAGOGIQUE ET MOYENS D'ACTIONS	25
	2.1 Connaissances théoriques	27
	2.2 Connaissances pratiques	27
	2.3 Modes d'intervention éducative	28
	2.4 Modes d'intervention corrective	29
	2.5 Modes d'évaluation	30
	2.6 Activités parascolaires	31

	Pages
III. PERSPECTIVES D'INTÉGRATION	35
3.1 L'élève handicapé physique	37
3.2 Le milieu scolaire d'accueil	37
3.3 Les personnes-ressources	40
3.4 Limites de l'intégration	42
CONCLUSION	43
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
ANNEXE 1: Liste des associations et organismes s'occupant des handicapés physiques	49

INTRODUCTION

Le présent document a été élaboré dans le cadre d'un programme de perfectionnement en adaptation scolaire pour les enseignants du primaire et du secondaire. L'enseignant [1] trouvera dans ce texte l'essentiel des conditions à respecter pour une action pédagogique efficace auprès d'élèves handicapés physiques intégrés dans sa classe. Il contient donc tout un ensemble d'informations tant sur ce qu'est un handicapé physique que sur les attitudes pédagogiques à adopter et les interventions à effectuer.

On peut avoir l'impression en constatant la somme d'informations contenue dans ce document qu'il est difficile d'enseigner à un élève handicapé physique. Il n'en est rien; si les informations sont nombreuses, c'est surtout à cause de la très grande diversité que présentent ces enfants.

Il ne s'agit pas d'un livre de recettes ni d'un inventaire des difficultés et des moyens de les surmonter. Les moyens proposés dans ce document devront être sélectionnés en fonction des besoins particuliers de chaque enfant et complétés à la suite des études et des expériences personnelles de chaque enseignant.

---

1. Chaque fois que l'on mentionne "l'enseignant, le directeur", il faut comprendre "l'enseignant ou l'enseignante, le directeur ou la directrice".

1. DÉFINITION DE L'ELÈVE HANDICAPÉ PHYSIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉFICIENCE

I. DEFINITION DE L'ÉLÈVE HANDICAPÉ PHYSIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉFICIENCE:

1.1. Définition fonctionnelle de l'élève handicapé physique

Il importe d'établir la distinction entre "déficience" et "handicap". La déficience est un état mesurable et constant alors que le handicap variable selon les situations, est l'état entraîné par la déficience. Une déficience n'entraîne pas toujours un handicap. Par exemple, la perte d'un doigt, si elle entraîne toujours un usage limité de la main, n'aura pas la même conséquence chez un pianiste que chez un enseignant. Il en va de même chez les enfants atteints de déficience physique; ils ne sont pas nécessairement handicapés sur le plan scolaire. Aussi ne faut-il jamais oublier les capacités de compensation de l'élève et la dynamique de l'ensemble de son développement.

L'élève ayant un handicap physique est celui dont l'évaluation médicale révèle une ou plusieurs déficiences motrices ou organiques pouvant compromettre sa scolarisation. Cet élève nécessite, même avec l'aide de la médecine et de la technologie, des services éducatifs spéciaux.(1)

Les déficiences physiques s'accompagnent parfois d'une déficience sensorielle ou intellectuelle mais elles sont généralement secondaires ou associées à la déficience physique.

---

1. Instructions AE 15-81-01

1.2 Les différentes manifestations

1.2. Les déficiences motrices

Chez celui qui présente une déficience motrice, le mouvement et le développement physique sont généralement limités ou empêchés par des réactions et des réflexes anormaux, un tonus musculaire anormal, l'incoordination motrice, la faiblesse musculaire ou la paralysie, l'absence de parties du corps ou l'amplitude limitée des gestes. Ces difficultés motrices font obstacle au processus de développement et affectent considérablement l'activité motrice.

- Des réactions et des réflexes anormaux

Des réactions et réflexes anormaux nuisent beaucoup à l'activité de l'enfant et interfèrent dans ses mouvements volontaires. Ainsi, quand le reflexe d'agrippement persiste après l'âge, l'enfant saisit les objets en les serrant fortement et les relâche difficilement sur demande ou à volonté.

- L'incoordination motrice

L'incoordination motrice se caractérise par des mouvements involontaires, incontrôlables et incoordonnés des bras, des jambes, de la tête, du visage, de la langue, des muscles impliqués dans la parole, la respiration, la déglutition... Quand l'enfant entreprend un geste, toute une série de contractions musculaires se déclenchent; des mouvements parasites viennent perturber l'effort premier. L'enfant peut être incapable d'écrire lisiblement ou de manipuler des objets d'une manière précise.

- L'amplitude limitée des gestes

Certaines maladies comme l'arthrite se manifestent par une inflammation des articulations qui réduisent considérablement l'amplitude du mouvement. La sévérité, la durée et la fréquence des inflammations peuvent influencer le développement moteur.

- Un tonus musculaire anormal

Les muscles du corps possèdent généralement un certain degré de tonus ou de tension. Un trop faible tonus est qualifié d'hypotonique alors qu'un trop fort tonus est hypertonique. La présence de l'un de ces états devient un obstacle au développement moteur.

- L'absence de parties du corps

L'absence de parties du corps (ou l'amputation) peut retarder le développement moteur. L'importance du retard sera fonction du nombre de membres absents et du degré d'amputation.

Plusieurs facteurs viennent ajouter à cette hétérogénéité. Le même enfant peut présenter une combinaison de déficiences motrices différentes. Ces déficiences peuvent être localisées au niveau d'un seul membre (ou partie de membre) ou encore s'étendre à tout le corps. Elles varient aussi en intensité, c'est-à-dire qu'elles peuvent être légères ou très prononcées. Certaines déficiences motrices se développent progressivement avec l'âge (maladie évolutive), d'autres demeurent stables toute la vie et certaines se manifestent irrégulièrement sous forme de crises aiguës entrecoupées de périodes calmes.

1.2.2 Les déficiences organiques

Les déficiences organiques sont liées à une atteinte au système respiratoire, circulatoire, cardiaque, rénal, métabolique ou cérébral.

Ces atteintes aux systèmes organiques vitaux entraînent des problèmes de santé graves qui provoquent généralement des ralentissements dans la croissance de l'enfant. Elles l'empêchent aussi de participer pleinement aux activités des autres enfants de son âge (jeux et sports notamment), parce qu'il ne dispose pas du surplus d'énergie qui permet à ces autres enfants de fournir un effort plus grand, comme la course.

Le degré de gravité d'une déficience organique peut varier considérablement d'un enfant à l'autre. Certains enfants peuvent avoir des problèmes de santé qui ne limitent pas vraiment leurs activités; c'est le cas, par exemple, des diabétiques. Cependant, il importe que l'enseignant soit informé du problème de santé et qu'il en connaisse les symptômes. Si l'enfant manifestait un comportement imprévu mais relié à sa déficience organique (par exemple, troubles visuels fugaces, maux de tête, faim impétueuse, transpiration abondante, etc. qui sont des symptômes d'hypoglycémie) savoir à quoi l'attribuer pourrait éviter d'aggraver l'état de santé de l'enfant et de le conduire notamment au coma diabétique.

D'autres enfants (asthmatiques, arthritiques ou épileptiques) ont des problèmes de santé évidents qui se manifestent sous forme de crises aiguës. Ces crises affectent parfois leur comportement et limitent ainsi leurs activités.

1.2.3 Les déficiences associées

Les enfants handicapés physiques présentent souvent une ou plusieurs autres déficiences en plus de leur problème moteur ou organique. Ainsi, une déficience peut venir accidentellement se superposer à une déficience installée. Par exemple, un enfant sourd peut être renversé par une auto et subir un traumatisme crânien. C'est ce qu'on appelle une DÉFICIENCE SURAJOUTÉE. D'autre part, une déficience physique peut entraîner des troubles secondaires (par exemple, un retard de développement verbal ou moteur) du fait d'un manque de stimulation et d'expérience à ce niveau. On parle alors d'une DÉFICIENCE SECONDAIRE. Enfin, on rencontre de très nombreux cas où une ou plusieurs déficiences accompagnent la déficience physique et résultent d'une même cause. Dans ce cas, on peut parler de DEFICIENCE ASSOCIEE. Ces difficultés associées peuvent être de nature sensorielle, perceptuelle, linguistique ou intellectuelle. [1] Elles se rencontrent le plus souvent chez les enfants qui souffrent d'une atteinte cérébrale.

1.3 Les causes des déficiences physiques

Les causes des déficiences physiques sont nombreuses, pratiquement aussi nombreuses que les déficiences elles-mêmes. Bon nombre de déficiences motrices sont d'origine neurologique: elles sont liées à une atteinte du système nerveux périphérique (poliomyélite, paraplégie et tétraplégie traumatique, syndrome de WERDNIG-HOFFMAN, etc) ou encore à une atteinte cérébrale (paralysie cérébrale ou infirme moteur cérébral, traumatisme crânien, séquelle de tumeur cérébrale, etc.)

1. Dans le document, il ne sera pas question des enfants handicapés physiques sourds, aveugles ou déficients mentaux moyens ou profonds. Il est actuellement difficile de concevoir comment ces enfants multi-handicapés pourraient être intégrés à une classe régulière.

Quelques-unes ne sont pas d'origine neurologique mais liées à une atteinte musculaire, articulaire ou osseuse (arthrite, rhumatisme, dystrophie musculaire, arthrogrippose, etc.).

Quant aux déficiences organiques, elles sont liées à une atteinte au système respiratoire (asthme, tuberculose, etc.), circulatoire ou cardiaque (cardiopathie, anémie, hémophilie, etc.), rénal (néphrite, insuffisance rénale, etc.), métabolique (diabète, obésité, etc.). L'épilepsie est causée par une atteinte cérébrale, c'est pourquoi elle est souvent associée aux déficiences motrices d'origine cérébrale, mais elle peut aussi se présenter seule.

Ces déficiences physiques peuvent être liées à la génétique ou résulter d'atteintes microbiennes ou virales, ou d'accidents survenus durant la grossesse, au moment de la naissance ou au cours de la vie. L'origine de certaines déficiences nous demeure inconnue.

La description des symptômes et la recherche de leur cause relèvent de la médecine et n'ont pas vraiment d'intérêt pour les enseignants. Ce qui importe, c'est de garder à l'esprit qu'une même déficience peut varier en intensité, en localisation et en pronostic de l'évolution. Il faut se souvenir aussi que la diversité des handicaps physiques s'explique en grande partie par la multiplicité des troubles qui leur sont associés.

1.4 Les conséquences des déficiences physiques

1.4.1 Les conséquences physiques

a) Les déficiences motrices:

La plupart des enfants qui présentent une déficience motrice doivent suivre des *traitements de physiothérapie et d'ergothérapie*. La majorité d'entre eux est suivie par une équipe médicale et beaucoup doivent subir des traitements à un moment ou l'autre de leur croissance physique.

Il arrive que ces traitements soient dispensés durant les heures de classe. Les enfants doivent alors s'absenter pour suivre leur thérapie individuelle.

Par ailleurs, les déficiences motrices d'un enfant ont des répercussions sur son comportement. La *fatigabilité* est une conséquence directe de la déficience motrice. Quand l'enfant se déplace à l'aide de béquilles, d'une marchette ou d'appareils orthopédiques, il le fait avec beaucoup d'efforts physiques. Les traitements de physiothérapie, les exercices d'orthophonie sont particulièrement épuisants.

L'activité de l'enfant peut être perturbée par le fait qu'il ne peut se tenir seul ou naturellement dans la position voulue. Pour que le rendement de l'enfant soit bon, il est important que l'enseignant voie à ce que l'enfant soit installé convenablement.

Beaucoup d'enfants atteints de déficiences motrices sont handicapés dans leurs déplacements. Il faut leur faciliter la libre circulation en écartant les obstacles de leur route.

Il arrive que les déficiences motrices touchent aussi les mains ou les bras, ce qui rend difficile la manipulation des objets et des instruments. C'est à l'ergothérapeute de choisir ou d'adapter les instruments qui faciliteront à l'enfant la manipulation.

La déficience motrice impose enfin quelquefois la dépendance dans les activités quotidiennes telles que se nourrir, se vêtir, s'habiller, se laver, aller à la toilette, etc. C'est dans cette dépendance que résident les facteurs les plus handicapants pour l'enfant. C'est pourquoi on doit accorder une importance toute particulière à l'autonomie dans ces activités, se montrer patient et tolérant.

b) Les déficiences organiques

Les déficiences organiques ont des répercussions sur les réactions générales de l'enfant. Les plus importantes sont l'arrêt momentané des activités à cause des crises, un surcroît de fatigabilité et les effets secondaires des médicaments.

Certaines déficiences organiques, comme l'épilepsie ou l'asthme, se manifestent sous forme de crises. L'enfant peut perdre connaissance; l'hémophile peut se blesser, etc.. Dans ce cas, il y a certaines informations et méthodes que l'enseignant aura avantage à connaître.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'enfant ayant un problème de santé se fatigue plus vite qu'un autre. Il ne faut pourtant pas lui interdire certaines activités sous ce prétexte. Il s'agit plutôt de rechercher un équilibre entre les activités qui demandent beaucoup d'attention ou un effort physique plus grand et celles qui reposent, entre les activités individuelles et le travail en équipe.

D'autre part, les enfants atteints de déficiences organiques doivent pour la plupart prendre des médicaments. Ces médicaments ont parfois des effets secondaires qui influencent le comportement de l'enfant. Il sera toujours utile à l'enseignant de connaître les médicaments que l'enfant doit prendre, combien il en prend, à quels moments, quels effets ont ces médicaments sur cet enfant.

TABLEAU I

Exemples de précautions à prendre pour certaines déficiences organiques

DÉSORDRES CONVULSIFS	Grand mal Savoir quoi faire en cas de crise même s'il y a peu de chance qu'il s'en produise. Avertir les parents si l'enfant manifeste une somnolence inhabituelle, éviter la fatigue, les émotions fortes, les contrariétés intenses.	Petit mal Lors d'opérations délicates avec un outil coupant ou pointu, veiller à ce que l'enfant ne se blesse pas.
TROUBLES RESPIRATOIRES	Asthme Savoir quoi faire en cas de crise. Débarrasser la classe des substances allergènes.	
TROUBLES MÉTABOLIQUES	Diabète juvénile Désinfecter toute blessure ou égratignure. Éviter les engelures durant l'hiver. Importance de pouvoir reconnaître les symptômes d'hypoglycémie. Toujours garder du sucre dans la classe. Savoir quoi faire en cas de coma.	Obésité Attention spéciale lors de la collation. Encourager l'enfant à l'action.
TROUBLES CARDIAQUES	Cardiopathies congénitales Éviter la fatigue, les dérangements émotifs, les efforts physiques violents.	Insuffisances cardiaques Prévenir les infections respiratoires.
TROUBLES AU NIVEAU DES CELLULES DU SANG	Hémophilie Éviter tout traumatisme à la tête et au cou. Savoir exactement quoi faire en cas d'hémorragie. Avertir les parents si l'enfant se plaint de maux de tête, de nausée, etc.	Anémie chronique Éviter la fatigue.
TROUBLES RÉNAUX	Néphrite, insuffisance rénale chronique, dérivation des voies urinaires Éviter la fatigue, le froid, les infections et surtout l'humidité aux pieds. Encourager l'enfant à boire souvent. Exclusion en cas d'épidémie.	

1.4.2 Les conséquences psychologiques et sociales

Les déficiences physiques ont un impact considérable sur la perception que l'enfant a de lui-même et des autres et sur ses relations avec les personnes et les objets qui l'entourent. Ces répercussions psychologiques et sociales ne sont pas spécifiquement liées à chaque déficience physique; elles sont davantage fonction de l'aspect physique, de l'état de dépendance, de la façon dont le handicap est perçu et accepté par l'enfant et par son entourage.

L'enfant handicapé physiquement a souvent du mal à intégrer positivement l'image de son corps à l'idée qu'il se fait de lui-même parce que c'est précisément cet aspect de sa personne qui le désavantage et marque visiblement la différence entre lui et les autres. Plus la déficience physique est visible, plus ses répercussions sur l'idée qu'il se fait de lui-même et sur ses relations sociales sont grandes. Par exemple, l'incontinence urinaire et sphinctérienne influence sa perception de lui-même. Il peut se sentir objet de mépris et de dégoût pour son entourage, avoir l'impression de s'attarder dans un état infantile accentué par une dépendance qui, avec le temps, finit par choquer sa pudeur.

Tous les êtres humains ressentent jusqu'à un certain point le besoin d'être comme les autres. Chez l'enfant, ce besoin d'identification est particulièrement marqué et se manifeste d'abord par le corps et l'action. Comme l'enfant handicapé physiquement ne peut satisfaire ce besoin, il lui arrive de nier l'existence même de sa déficience ou les limites qu'elle impose à ses activités. Il peut aussi refuser de se faire aider par les autres.

Se considérant parfois comme la victime d'une injustice, il est susceptible de vouloir en punir les autres par son hostilité et son repli sur soi. Il peut aussi percevoir sa déficience comme la punition d'un acte commis par lui ou ses parents. Une grande dépendance vis-à-vis d'autrui et un recours constant à leur aide semble à certains enfants handicapés physiques la meilleure façon de s'assurer l'attention, l'affection et les soins de ceux qui les entourent. Et s'il lui arrive de manifester un désir instinctif d'indépendance dont la déficience vient entraver la réalisation, les sentiments qu'il éprouvera alors seront la frustration, l'hostilité et l'agressivité.

Il arrive que les parents éprouvent de la difficulté à accepter la présence d'une déficience physique chez leur enfant. Cette difficulté peut résulter en des réactions de négation de la déficience ou encore de surprotection. On constate par ailleurs que l'attitude des parents évolue souvent vers une acceptation de cette déficience et une confiance au potentiel de réalisation de l'enfant.

Il n'est pas facile de trouver le juste milieu entre ce qu'on peut exiger de l'enfant et ce qu'on ne peut en exiger. Les adultes qui vivent avec un enfant handicapé ont tantôt tendance à sous-estimer ses possibilités réelles, tantôt à les surestimer. Dans un cas comme dans l'autre, ils placent l'enfant en situation d'échec.

D'un autre côté, l'enfant handicapé physiquement est souvent habitué à ce que les adultes s'occupent de lui. Presque tous les contacts qu'il noue ont les adultes pour objet; tous sont là pour le servir: le médecin, l'infirmière, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, l'éducateur spécialisé, le bénévole,

l'enseignant, etc. Ayant l'impression d'être le centre du monde, que tous ces gens existent et agissent en fonction de lui, il fait preuve d'un certain égocentrisme. Il devient quelquefois très exigeant à leur égard et agit comme si tout lui était dû. Si l'enfant acquiert la volonté de faire des efforts et de surmonter les obstacles, l'esprit d'initiative, la confiance en soi et assez d'assurance pour prendre des risques, entrer en contact avec de nouvelles personnes et se montrer capable de sociabilité, ce sera pour une bonne part sous l'influence de l'attitude des adultes.

1.4.3 Les conséquences pédagogiques

Il faut savoir que tous les enfants handicapés physiques ne rencontrent pas des difficultés d'apprentissage. Ceux dont la déficience physique n'est pas liée à une atteinte cérébrale apprennent habituellement avec les mêmes approches et méthodes pédagogiques que les autres élèves. Le pourcentage d'enfants handicapés physiques qui présentent des difficultés d'apprentissage n'est pas plus haut que celui de la population normale. Cependant, à cause de leur déficience quelques-uns peuvent avoir besoin de certaines aides techniques pour écrire, pour utiliser des instruments, par exemple pour comprendre certaines notions particulières. Il faut quelquefois adapter le matériel d'enseignement.

Dans le cas où la déficience physique est conséquente à une atteinte cérébrale comme l'épilepsie, les séquelles de traumatisme crânien ou la paralysie cérébrale, certains enfants semblent présenter un fonctionnement intellectuel particulier dont il faudra tenir compte dans les interventions pédagogiques. Dépendant de leur importance, ces particularités peuvent se manifester sous forme de difficultés légères ou de troubles plus graves d'apprentissage. Mais il faut bien se garder de généraliser car les enfants dont la déficience physique est très grave apprennent parfois plus facilement que ceux dont la déficience physique est légère.

II. APPROCHES PEDAGOGIQUES ET MOYENS D'ACTION

APPROCHES PÉDAGOGIQUES ET MOYENS D'ACTION

2.1 Connaissances théoriques

Voici certains éléments que devrait connaître l'enseignant avant d'accueillir un enfant handicapé physique. Il s'agit du minimum utile et nécessaire s'il veut adapter ses méthodes pédagogiques aux besoins particuliers de l'enfant.

- Les caractéristiques des déficiences physiques (motrices ou organiques), des déficiences associées (sensorielles, perceptuelles, linguistiques, intellectuelles) ainsi que leurs répercussions psychologiques (affectives et sociales).

- Les techniques et le matériel adaptés aux besoins particuliers de l'élève.

- L'équipe multidisciplinaire, son fonctionnement, le rôle et le travail de chacun, y compris le sien.

- Les autres ressources humaines et matérielles propres à faciliter sa tâche.

2.2 Connaissances pratiques

L'enseignant peut avoir besoin de recourir à certaines techniques expressément conçues pour des problèmes particuliers. (1) Il est évident qu'il n'aura pas à appliquer toutes les techniques décrites ci-après:

---

(1) De cette nomenclature, l'enseignant ne retiendra que les connaissances pratiques propres à satisfaire les besoins particuliers de l'élève handicapé physique qui lui est confié.

- Techniques de transfert: pour le passage du fauteuil roulant à un autre siège et vice-versa.

- Sensibilisation aux barrières architecturales et adaptations physiques simples.

Outre qu'il doit s'informer du cas de l'élève, l'enseignant doit reviser ses méthodes avec les parents de l'enfant, le médecin ou l'infirmière. Il doit avoir toujours sous la main la liste des numéros de téléphone des personnes à appeler ainsi que des mesures à prendre.

2.3 Modes d'intervention éducative

Comme nous l'avons montré au début du document, chaque enfant handicapé physique a sa spécificité. Par conséquent, une pédagogie individualisée s'impose ici plus que pour tout autre élève.

Individualiser ne veut pas dire isoler. Si l'élève a besoin de cette intervention pour accéder plus facilement à la connaissance, il a également besoin de toutes les activités de groupe. Le rôle des pairs doit occuper une place privilégiée tant pour les élèves que pour l'organisation de l'enseignement individualisé.

On entend par enseignement individualisé un enseignement orienté en fonction des particularités de l'individu, qui tienne compte de ses besoins individuels et permette à chacun de progresser à son rythme et selon ses capacités.

Il semble évident que tout enseignement destiné à des enfants handicapés doit être individualisé. Que l'enfant soit dans une classe du secteur ordinaire, dans une classe spéciale ou dans une école spécialisée, il est essentiel de tenir compte non seulement de son rythme, mais de son mode d'apprentissage, des particularités de son activité, des limites imposées par son handicap.

Il ne s'agit pas d'alléger les contenus de matière ou les exigences, mais bien de modifier les approches, de mettre au point des stratégies, de recourir à de meilleurs instruments pour que l'enfant développe au maximum ses potentialités.

Il est important d'axer l'approche pédagogique sur le développement global de l'enfant. Soulignons que l'enseignant n'est pas seul responsable de la formation de l'élève. Toute l'équipe d'intervenants se doit de collaborer, de se concerter et de s'entraider pour faciliter l'apprentissage.

2.4 Modes d'intervention corrective

Il faudra peut-être modifier à certains égards l'approche pédagogique en fonction des handicaps physiques.

En raison des troubles associés à leurs déficiences, certains handicapés physiques doivent entreprendre, avant ceux de la lecture, de l'écriture ou de la mathématique, des apprentissages souvent élaborés par l'équipe médicale et dispensés par les parents à la maison.

Toute déficience motrice au niveau des membres supérieurs entraîne des problèmes d'écriture, soit parce que l'enfant ne peut tenir un crayon, soit parce qu'il ne peut coordonner ses mouvements, qu'il est trop faible, n'a pas de main ou de bras et doit se servir d'une prothèse, etc. C'est le rôle de l'ergothérapeute d'adapter au mieux les instruments pour que l'enfant écrive lisiblement.

L'enfant handicapé physique qui présente des troubles graves d'apprentissage peut avoir besoin d'une approche pédagogique spéciale et devrait pouvoir bénéficier des mêmes services que les enfants non handicapés atteints de troubles de cet ordre.

S'assurer que l'enfant est assis dans une bonne position pour travailler, qu'il peut jouer dans la cour de récréation en toute sécurité, qu'il peut aller à la toilette ou prendre son autobus, etc., ce sont des rôles que joue généralement l'enseignant. Ce genre d'intervention prend une importance particulière et un caractère bien précis lorsqu'il s'agit d'enfants handicapés physiquement. Tous n'ont pas besoin d'aide pour s'habiller! On ne saurait nier non plus que l'encadrement de certains handicapés physiques est trop lourd pour être assumé totalement par l'enseignant; il peut avoir besoin d'aide.

2.5 Modes d'évaluation

L'évaluation de l'enfant handicapé physique, qu'elle soit à caractère socio-affective, intellectuelle ou pédagogique, pose quelquefois des problèmes techniques ainsi que des problèmes d'interprétation des résultats.

Nous nous en tiendrons à l'aspect purement académique. La plupart des enfants handicapés moteurs se caractérisent par une lenteur au niveau de l'exécution. Ils ont parfois besoin de plus de temps que les autres pour passer les examens, répondre aux questions ou résoudre les problèmes.

Certains manquent aussi de dextérité manuelle. Il faudra parfois écrire les réponses à leur place ou les aider à tourner les pages. Dans d'autres cas, il faudra présenter les tests ou examens de façon à ce que l'enfant puisse écrire les réponses à la machine ou les donner au magnétophone.

Lorsque l'évaluation exige la manipulation de matériel, il faut aider l'enfant qui a des difficultés motrices au niveau des membres supérieurs ou bien modifier la tâche ou le matériel.

Toute évaluation qui implique l'utilisation de la parole peut poser des problèmes aux enfants atteints d'un déficit cérébral touchant le langage ou encore d'une déficience auditive, même légère.

Dans bien des cas, l'évaluation devra se faire individuellement, en raison des consignes spéciales à donner à l'enfant, ou du type de réponse (orale ou dactylographiée).

2.6 Activités parascolaires

S'il faut inciter les enfants physiquement handicapés à participer aux activités parascolaires des non-handicapés, ce sera souvent à force d'insister qu'on les en persuadera car ils sont

parfois enclins à la passivité et à la dépendance. Il importe pourtant de développer au maximum leur autonomie. Les activités parascolaires permettront aussi de compenser le peu de contact qu'ils ont avec les autres et avec les réalités quotidiennes. Par contre, leur manque de mobilité et leur activité physique font souvent obstacle à leur participation.

Certains jeux sont pratiquement inaccessibles aux enfants atteints de troubles de la motricité. Pour eux, le jeu n'est souvent qu'un exercice fatigant et pénible. Ces enfants demeurent trop fréquemment témoins passifs des autres, ou bien voient les autres se substituer à eux pour poser les gestes à leur place. Il est évident qu'ils ne pourront jamais prendre part que de façon limitée aux jeux d'équipes avec des non-handicapés ou aux compétitions.

Les exercices physiques violents sont interdits à beaucoup d'enfants. En ce qui concerne les handicapés moteurs, l'enseignant devra s'informer des limites imposées par leur handicap, des mouvements à éviter et à encourager, des possibilités d'adapter le matériel, etc.

Plus encore que chez les autres élèves, il importe de susciter chez les handicapés le goût d'une activité comme l'artisanat, la photocopie, les sports, celui des arts (peinture, poésie, musique, etc.) ou des activités intellectuelles (lecture, recherche personnelle, histoire, politique, etc.).

Ils pourront en effet compenser ainsi dans une certaine mesure par les activités artistiques et intellectuelles les insatisfactions vécues sur le plan physique.

Il est bon aussi de favoriser les jeux qui mettent les enfants handicapés physiques sur le même pied que les autres, comme les jeux d'échecs, de dames, de dominos, les jeux de cartes, etc.

Ils ne doivent surtout pas être exclus des activités extérieures comme les visites, les classes vertes, les classes-neige.

Prendre soin d'un tout petit animal est une activité accessible à tous les enfants et permet au jeune handicapé d'acquérir toute une série d'antitudes motrices ainsi que le sens de l'observation et des responsabilités.

L'équitation et la natation sont deux (2) sports que peut pratiquer la majorité des enfants handicapés et de plus, il sont souvent utilisés dans un but thérapeutique.

Quant au scoutisme, il se préoccupe de l'intégration d'enfants handicapés physiques. Ses principes de base insistent particulièrement sur l'acceptation des enfants tels qu'ils sont et sur leur aptitude à prendre des initiatives qui améliorera leur état physique et mental.

III. PERSPECTIVES D'INTEGRATION

PERSPECTIVES D'INTÉGRATION

Intégrer ne signifie pas insérer ou immerger mais bien faire appartenir. Il faut donc s'attendre à ce qu'une vraie intégration entraîne des modifications dans le milieu. Quand l'élève handicapé physiquement s'intègre dans l'école de ses pairs, la situation nouvelle ainsi créée suppose une implication de la part de l'ensemble des intervenants (enseignants, direction, Service de consultation, personnel de soutien); elle peut poser des problèmes de planification scolaire, de transport, d'équipement, etc.

3.1 L'élève handicapé physique

Pour intégrer un élève handicapé physiquement, ou plutôt pour lui permettre de s'intégrer, il faut qu'il y soit prêt et qu'il le désire. Il est le premier agent de son intégration; nous ne pouvons que lui faciliter la tâche. Jamais on ne réussira à l'intégrer malgré lui. L'intégration devra lui permettre d'atteindre un maximum d'autonomie.

3.2 Le milieu scolaire d'accueil

Un élève est intégrable dans la mesure des moyens que le milieu est prêt à se donner pour l'intégrer. Le milieu doit s'adapter aux besoins de l'enfant et non pas seulement l'enfant au milieu.

3.2.1 La direction

Il faudra au directeur de l'école de la souplesse, de l'ingéniosité pour contourner et surmonter les difficultés d'ordre

matériel et administratif; il devra soutenir aussi son équipe, en assurer l'action concertée. Dans certains cas, il faudra faire installer des rampes d'accès, organiser et équiper les classes de façon adéquate (espaces suffisants, tables et chaises spéciales, etc.). Certains élèves peuvent avoir besoin d'appareils; pour d'autres, il faudra adapter l'horaire de la classe aux heures de thérapie ou de repos, etc. Il faudra que tous ceux qui vivent dans l'école soient sensibilisés, acceptent la présence des élèves handicapés au point de désirer et de rechercher les contacts avec eux. Le directeur d'école doit aussi informer l'équipe-école des étapes d'intégration de l'élève, des besoins, des difficultés, des perspectives, etc.

3.2.2 L'enseignant

L'enseignant est le principal intervenant de l'école auprès de l'élève handicapé physiquement; il en a la responsabilité directe. Il devra disposer sa classe de façon à ce que l'élève ait assez d'espace pour se déplacer facilement (par exemple, l'installer à une table à l'avant de la classe près de la porte de sortie).

Si l'enfant doit s'absenter pour suivre un traitement hebdomadaire en physiothérapie, en ergothérapie ou en orthophonie, l'enseignant essaie autant que possible de modifier son horaire de façon à ce que l'élève ne manque pas d'explications importantes (par exemple lors d'un cours de français, de mathématique, de science de la nature), ce qui pourrait le pénaliser.

De plus, l'enseignant essaie d'établir des contacts positifs et continus entre les différents intervenants: autres enseignants du régulier, enseignant en éducation physique ou en musique, équipe médicale, direction d'école et parents.

L'enseignant qui reçoit l'élève dans sa classe doit cependant bénificier d'un maximum d'aide et de ressources.

3.2.3 Les parents

Leur rôle est indispensable. Ils peuvent s'engager directement dans le processus d'apprentissage de leur enfant. Ils fournissent les informations pertinentes sur le handicap de leur enfant. Ils peuvent aussi occasionnellement aller en classe et faciliter la tâche de l'enseignant en accordant à leur enfant l'aide particulière requise qui facilitera les apprentissages scolaires (exemple: enregistrer sur magnétophone les réponses de l'enfant à un examen mensuel).

3.2.4 Le personnel de soutien

Quand l'élève handicapé est limité dans ses déplacements, ses activités, ou qu'il a besoin d'aide pour aller à la toilette, s'habiller, etc, il faut toujours rattacher quelqu'un à sa personne. Cette tâche supplémentaire ne peut revenir uniquement à l'enseignant.

3.3 Les personnes ressources

En ce qui concerne l'élève handicapé physique, les principales personnes-ressources sont l'équipe médicale qui suit l'enfant, les différents services de consultation de l'école et l'enseignant itinérant en provenance du milieu spécialisé (lorsque cette ressource existe dans l'environnement immédiat de l'élève).

3.3.1 L'ergothérapeute

Quand un élève handicapé physique s'intègre à une classe, l'ergothérapeute est certes une des personnes ressources les plus précieuses et tout au long de l'année scolaire, l'enseignant devrait pouvoir s'adresser à lui chaque fois qu'il constate un problème (déplacements, maintien, bref, pour tout ce qui relève de la réadaptation fonctionnelle). Nous ne pouvons ici expliciter toutes les techniques de l'ergothérapie. En fait, elles s'attardent à tout ce qui permet de "développer le potentiel" (1) de l'enfant, qu'il s'agisse de son bon fonctionnement en classe ou ailleurs.

Par exemple, il existe certaines techniques simples pour habiller ou déshabiller un enfant qui présente une déficience motrice cérébrale. Ces techniques peuvent non seulement éviter bien des difficultés mais aussi et surtout vous indiquer comment les aider à s'habiller eux-mêmes et à devenir plus autonomes.

---

(1). Le contexte physique administratif, humain et éducatif de l'école Victor-Doré. Rapport présenté à la Mission MEQ, mars 1977, p. 46.

3.3.2 Le physiothérapeute

Le physiothérapeute vise entre autres à maintenir ou améliorer la force par des exercices de résistance, à maintenir l'amplitude du mouvement et l'alignement du corps, à enseigner l'usage et le soin des prothèses et orthèses. Dans le cas d'infirmités motrices cérébrales, par exemple, la physiothérapie tente d'améliorer le tonus musculaire, de prévenir les réactions anormales, de faciliter les mouvements de l'enfant et de les guider, etc.

3.3.3 L'orthophoniste-audiologiste

Comme nous l'avons dit précédemment, beaucoup d'handicapés physiques ont des problèmes d'élocution et peuvent avoir besoin d'orthophonie. L'enseignant prolongera le travail de l'orthophoniste en stimulant l'usage du langage, en corrigeant les défauts mineurs d'articulation et en mettant en application la thérapie spécifique entreprise par l'orthophoniste. Ex: lorsque l'orthophoniste aura appris à l'enfant à prononcer le "p" correctement, l'enseignant devra exiger l'émission correcte de cette consonne dans le vécu scolaire.

3.3.4 L'enseignant itinérant

Certains milieux peuvent disposer aussi des services de personnes ressources itinérantes spécialisées dans l'aide aux enfants handicapés physiques intégrés. Ces enseignants itinérants facilitent l'intégration de l'enfant handicapé et fournissent au milieu scolaire le soutien nécessaire pour qu'il puisse prendre dans un avenir plus ou moins rapproché l'élève complètement en charge.

Au début, l'enseignant itinérant fournit des données précises sur la nature du handicap, sur ses conséquences et sur les adaptations requises pour que l'enfant puisse profiter pleinement des activités en classe. Il conseille et apporte le matériel ou les instruments nécessaires à l'enfant afin de faciliter les apprentissages scolaires.

Il travaille individuellement avec l'enfant afin de l'initier à certaines techniques de travail (Ex. usage de la machine à écrire électrique). Il aide à l'enfant à mettre à jour son acquis scolaire retardé par ses absences motivées (séjour en milieu hospitalier ou séances de traitement hebdomadaire en ergothérapie, physiothérapie ou orthophonie).

Il travaille aussi avec les parents pour que les techniques employées à l'école le soient aussi à la maison. Souvent, les parents assistent aux séances individuelles avec l'enfant et découvrent concrètement les moyens utilisés par l'enseignant itinérant pour aider leur enfant.

3.4 Limites de l'intégration

L'intégration en milieu scolaire peut se révéler impossible pour un bon nombre d'élèves handicapés physiquement soit parce qu'ils sont incapables de communiquer avec leurs pairs et l'enseignant, oralement, par écrit ou par signes, qu'ils ont besoin de traitements intensifs de réadaptation ou de soins spécialisés fréquents. D'autres raisons, telles les retards scolaires accumulés, le manque de ressources, le rejet ou le manque de motivation dans le milieu, ne limitent pas nécessairement l'intégration mais la rende plus difficile. C'est dans une école spécialisée ou une classe spéciale que ces élèves pourront obtenir les services les mieux adaptés à leur situation.

CONCLUSION

L'intégration ne saurait se réaliser si le personnel de l'école n'est pas acquis à l'idée même de l'intégration, à sa valeur pratique, et surtout à sa nécessité. Ce sont les adaptations que le milieu consent à la situation particulière de l'enfant qui rendent celui-ci intégrable ou non intégrable, beaucoup plus que son handicap physique. Toutefois, il ne suffit pas de mesures matérielles, pédagogiques et administratives ni de la compréhension du personnel scolaire pour que l'école soit accessible à tous les handicapés physiques. Pour un bon nombre de ces élèves, des mesures spéciales demeureront indispensables si l'on veut leur offrir un enseignement de qualité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Matériel et références utiles

LIVRES

BIGGE (J.L.), O'DONNEL (P.A.). Teaching Individuals With Physical and Multiples Disabilities, Charles E. Merfill Publ. Comp. A Bell & Howell Comp., Toronto, 1976.

Guide pédagogique des plus complets sur l'enseignement individualisé des handicapés moteurs du niveau préscolaire jusqu'à l'intégration sur le marché du travail.

BLECK (E.E.), NAGEL (D.A.). Physically Handicapped Children, A medical atlas for teachers, Grune E. Sttatton Ed., N.-Y., 1975.

Cet atlas médical, conçu spécialement pour les enseignants, présente une description des déficiences physiques les plus courantes en des termes très accessibles ainsi que les répercussions de ces déficiences sur la vie scolaire.

CONNOR (F.P.), The education of cripoled children, Gruickshank, Johnson editors, Education of exceptionnal children and youth, Prentice-Hall Inc. Englewood Gliffs, N.J. sec. Eds. 1963, 623 p.

Livre de base pour ceux qui veulent comprendre les répercussions des déficiences motrices sur le processus cognitif de l'enfant.

LEFEVRE (L.), DELCHET (R.), L'éducation des enfants et des adolescents handicapés; Encyclopédie moderne d'éducation; Tome I, Les handicapés moteurs E.S.F., 2e édition, 1974

LIVRES

ROBAYE (F.G.)., L'enfant au cerveau blessé, Psychologie et Sciences humaines. Dessart et Mardaga, Eds. Bruxelles, 1975.

FINNIE (N.R.)., Éducation à domicile de l'enfant infirme moteur cérébral, Eds. Masson et Les presses de l'Université Laval, (QUEBEC), 1979.

Ce livre est conçu spécialement pour les parents, mais il présente toute une série d'informations et de suggestions très utiles pour la jardinière principalement pour tout ce qui concerne les déplacements, les positions, les jeux, les activités de vie quotidienne comme la toilette, l'alimentation, l'habillement, etc.

Ministère de l'Éducation du Québec, document de sensibilisation: "L'enfant physiquement handicapé a-t-il sa place à l'école?", D.G.D.P., Service de l'adaptation scolaire, novembre 1980.

FILMS

1. Jules le Magnifique, Michel Moreau 75 min. Infirmité motrice cérébrale
2. Le poids de l'étiquette: l'épilepsie. Vidéogramme couleur 19 mm. 28 min.
   Les vieilles peurs démystifiées. Témoignage émouvant d'une mère.
3. Infirmesmoteurs cérébraux Essai d'analyse des modes d'apprentissage des enfants I.M.C.
4. Gestes absurdes. Vidéogramme couleur 19 mm. 28 min. Les attitudes de l'homme de la rue devant ceux qui sont différents.
5. Les chaises roulantes, Vidéogramme couleur 19 mm. 28 min., 1976 Le cercle vicieux travail-transport des handicapés physiques. Que fait la société?
6. Je veux guérir, dans la série Espoir, Ataxie de Friedreich, 28 min.

ANNEXE I

LISTE DES ASSOCIATIONS ET ORGANISMES S'OCCUPANT DES HANDICAPÉS PHYSIQUES

ASSOCIATION DE SPINA-BIFIDA ET D'HYDROCÉPHALIE DU QUÉBEC
400, rue St-Jacques ouest
Bureau 206
MONTRÉAL (P.Q.) H2Y 1S2
Tél: (514) 288-3380

AIDE AUX OBÈSES HANDICAPÉS DU QUÉBEC
2275, avenue Laurier est
MONTRÉAL (Qué.) H2H 2N8
Tél: (514) 521-2218

ASSOCIATION DU DIABÈTE DU QUÉBEC
4565, de la Reine Marie, suite 1735
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3W 1W5
Tél: (514) 731-6406

ASSOCIATION DES LARYNGECTOMISÉS DU QUÉBEC
1980, rue Sherbrooke ouest
suite 1102
MONTRÉAL (Qué.) H3H 1E6
Tél: (514) 931-7548 / 849-0739

ASSOCIATION DE PARALYSIE CÉRÉBRALE DU QUÉBEC INC. (L')
525, boul. Hamel est
sous-sol, aile A, suite A-50
QUÉBEC (Qué.) G1M 2S8
Tél: (418) 529-3371

COMITÉ D'INTÉGRATION DES HANDICAPÉS PHYSIQUES DU QUÉBEC
5017, rue St-Hubert local 46
MONTRÉAL (Qué.) H2J 2X9
Tél: (514) 288-2777

PARADES DES DIX SOUS POUR LES HANDICAPÉS DU QUÉBEC
1253, avenue McGill collège,
suite 475
MONTRÉAL (Qué.) H3B 2Y5
Tél: (514) 866-3689

ASSOCIATION DES PARAPLÉGIQUES DU QUÉBEC
4545, chemin Queen Mary
MONTRÉAL (Qué.) H3W 1W4
Tél: (514) 344-3890

REGROUPEMENT DES AVEUGLES ET AMBLYOPES DU QUÉBEC
3740, rue Berrie, 2e étage
MONTRÉAL (Qué.) H2L 4G9
Tél: (514) 849-7515

CONSEIL DU QUÉBEC DE L'ENFANCE EXCEPTIONNELLE
2765, chemin de la Côte St-Catherine
MONTRÉAL (Qué.) H3T 1B5
Tél: (514) 342-0596 / 342-0151

SOCIÉTÉ POUR LES ENFANTS INFIRMES
1455, rue Rochon
VILLE ST-LAURENT (Qué.)
H4L 1W1
Tél: (514) 748-8816

CONSEIL CANADIEN DES AVEUGLES
2289, rue Daniel # 8
LONGUEUIL (Qué.)
J4J 3N5
Tél: (514) 674-0605

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE
550, rue Sherbrooke ouest
MONTRÉAL (Qué.) H3A 1B9
Tél: (514) 849-3291

COMITÉ DE LIAISON DES HANDICAPÉS PHYSIQUES DU QUÉBEC
2275, rue Laurier est
MONTRÉAL (Qué.) H2N 2N8
Tél: (514) 524-3365

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES LOISIRS POUR PERSONNES HANDICAPÉS
(A.Q.L.P.H.)
1415, rue Jarry est
MONTRÉAL (Qué.) H2E 2Z7

ASSOCIATION DU QUÉBEC POUR ENFANTS AVEC PROBLÈMES AUDITIFS
3725, rue St-Denis, #418
MONTRÉAL (Qué.) H2X 3L9
Tél: (514) 842-3926

COMITÉ PROVINCIAL DES MALADES
C.P. 458
Succursale Complexe Desjardins
MONTRÉAL (Qué.) H5B 1B5
Tél: (514) 842-3391 - 2

FONDATION CANADIENNE DE LA FIBROSE KYSTIQUE
C.P. 146
SILLERY (Qué.) G1T 2P7
Tél: (418) 527-7726

ASSOCIATION PROVINCIALE DES HANDICAPÉS DU LARYNX INC.
C.P. 1122
QUÉBEC (Qué.) G1K 7C3
Tél: (418) 627-3846

LIGUE DE L'ÉPILEPSIE DU QUÉBEC
2275, avenue Laurier est
MONTRÉAL (Qué.)
H2N 2N8

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LES ENFANTS AYANT DES TROUBLES D'APP.
4820, avenue Van Horne, suite 8
MONTRÉAL (Qué.) H3W 1J3
Tél: (514) 735-1636

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES
Division du Québec
1455, rue Peel, bureau M 19
MONTRÉAL (Qué.) H3A 1T5
Tél: (514) 849-7591

ASSOCIATION CANADIENNE DE L'A-
TAXIE DE FREIDREICH
5620, rue C.A. Jobin
MONTRÉAL (Qué.) H1P 1H8
Tél: (514) 321-8684

AIDE AUX INSUFFISANTS VISUELS
DU QUÉBEC
6513, rue St-Denis
MONTRÉAL (Qué.) H2S 2S1
Tél: (514) 270-1128

SOCIÉTÉ D'ARTHRITE
2075, rue Université
suite 802
MONTRÉAL (Qué.) H3A 2L1
Tél: (514) 842-4848

LEUCAN
Hôpital Ste-Justine
3175, chemin Côte Ste-Catherine
MONTRÉAL (Qué.)
H3T 1C5
Tél: (514) 733-8465

ASSOCIATION QUÉBECOISE POUR LA LUT-
TE CONTRE LA FIBROSE KYSTIQUE
68, rue Bayview
POINTE-CLAIRE (Qué.)
H9S 5C3
Tél: (514) 695-3213

FÉDÉRATION PROVINCIALE DES ASSOCIA-
TIONS DE PARENTS POUR L'AIDE À
L'INADAPTÉ INC.
2015, rue Bourbonnière
SILLERY (Qué.) G1T 1A9
Tél: (418) 376-4603

TRANSPORT 2000
2222, rue Laurier est
MONTRÉAL (Qué.) H2H 1C4
Tél: (514) 527-4521 / 523-4865

FÉDÉRATION DES LOISIRS ET SPORTS
POUR HANDICAPÉS DU QUÉBEC
1415, rue Jarry est
Bureau R 12
MONTRÉAL (Qué.) H2E 2Z7
Tél: (514) 374-4700

FONDATION PARKINSON DU QUÉBEC
110, avenue des Pins ouest
MONTRÉAL (Qué.) H2W 1R7
Tél: (514) 842-1481 poste 215

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PA-
RENTS D'ENFANTS HANDICAPÉS VISUELS
3700, rue Berri, ch. 475
4e étage
MONTRÉAL (Qué.) H2Z 4G9
Tél: (514) 849-8729

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES
309, rue Brock
DRUMMONDVILLE (Qué.) J2B 1C5
Tél: (819) 477-0216
477-0290

EDUQ 8570035 B

Gouvernement du Québec
Ministère
de l'Éducation

16 – 8639 – 02

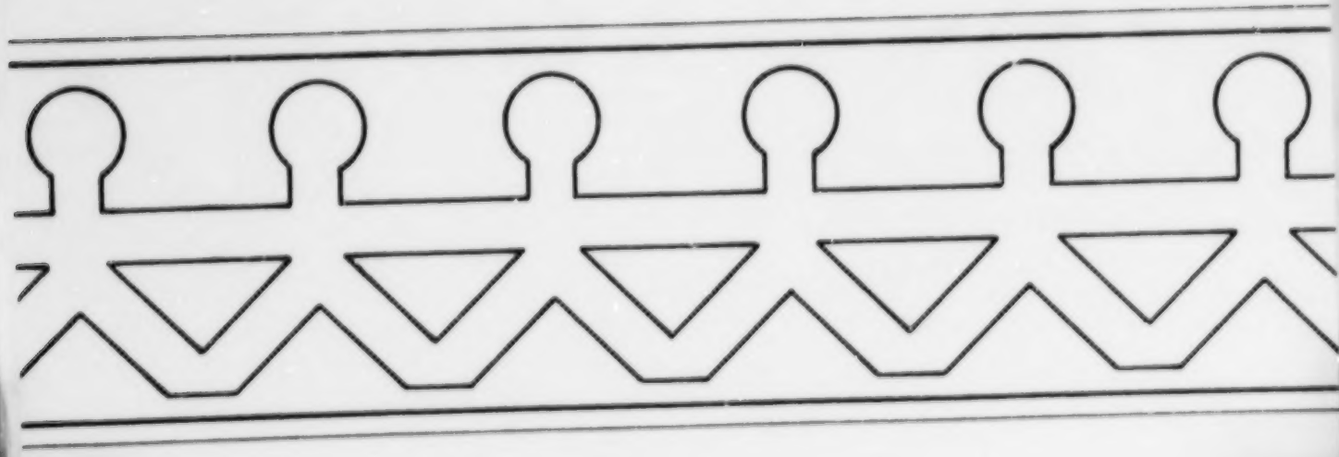
PERFECTIONNEMENT

PROGRAMME DE MISE À JOUR EN ADAPTATION SCOLAIRE POUR LES ENSEIGNANT(E)S

MODULE 9

L'INTÉGRATION DES ÉLÈVES HANDICAPÉS PHYSIQUES À L'ÉCOLE RÉGULIÈRE

CAHIER DU **PARTICIPANT** OU DE LA **PARTICIPANTE**



EDMQ 8570035 B

PROGRAMME DE MISE À JOUR EN ADAPTATION SCOLAIRE POUR LES ENSEIGNANT(E)S

MODULE 9

L'INTÉGRATION DES ÉLÈVES HANDICAPÉS PHYSIQUES À L'ÉCOLE RÉGULIÈRE

CAHIER DU PARTICIPANT OU DE LA PARTICIPANTE

Direction générale du développement pédagogique
Service de la formation du personnel scolaire

© Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation, 1983

ISBN 2-550-05774-0

Dépôt légal - premier trimestre 1983

NOTE

Ce document a été réalisé en respectant les objectifs véhiculés dans les documents suivants:

- L'enfant physiquement handicapé a-t-il sa place à l'école? Document de sensibilisation (16-1508).

- Le handicap physique, guide pédagogique, préscolaire (16-1520-02).

- Le handicap physique, guide pédagogique, primaire.

Ces documents, auxquels vous pourrez vous référer au besoin, ont été préparés par le Service de l'adaptation scolaire de la Direction générale du développement pédagogique.

TABLE DES MATIÈRES

		Page
	TABLE DES MATIÈRES	1
	INTRODUCTION	3
I.	DÉFINITION DE L'ÉLÈVE HANDICAPÉ PHYSIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉFICIENCE	5
	1.1 Définition fonctionnelle de l'élève handicapé physique	9
	1.2 Les différentes manifestations	9
	1.3 Les causes des déficiences physiques	11
	1.4 Les conséquences des déficiences physiques	12
II.	APPROCHE PÉDAGOGIQUE ET MOYENS D'ACTIONS	17
	2.1 Connaissances théoriques	23
	2.2 Connaissances pratiques	23
	2.3 Modes d'intervention éducative	24
	2.4 Modes d'intervention corrective	25
	2.5 Modes d'évaluation	25
	2.6 Activités parascolaires	26

Page

III. PERSPECTIVES D'INTÉGRATION 27

3.1 L'élève handicapé physique 29

3.2 Le milieu scolaire d'accueil 29

3.3 Les personnes-ressources 29

3.4 Limites de l'intégration 30

CONCLUSION 33

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 35

ANNEXE I: Liste des associations et organismes s'occupant des handicapés physiques. 39

ANNEXE II: Exemples de précautions à prendre 45

ÉVALUATION 49

INTRODUCTION

Le présent document a été élaboré dans le cadre d'un programme de perfectionnement en adaptation scolaire pour les enseignants du primaire et du secondaire. L'enseignant (1) trouvera dans ce texte l'essentiel des conditions à respecter pour une action pédagogique efficace auprès d'élèves handicapés physiques intégrés dans sa classe. Il contient donc tout un ensemble d'informations tant sur ce qu'est un handicapé physique que sur les attitudes pédagogiques à adopter et les interventions à effectuer.

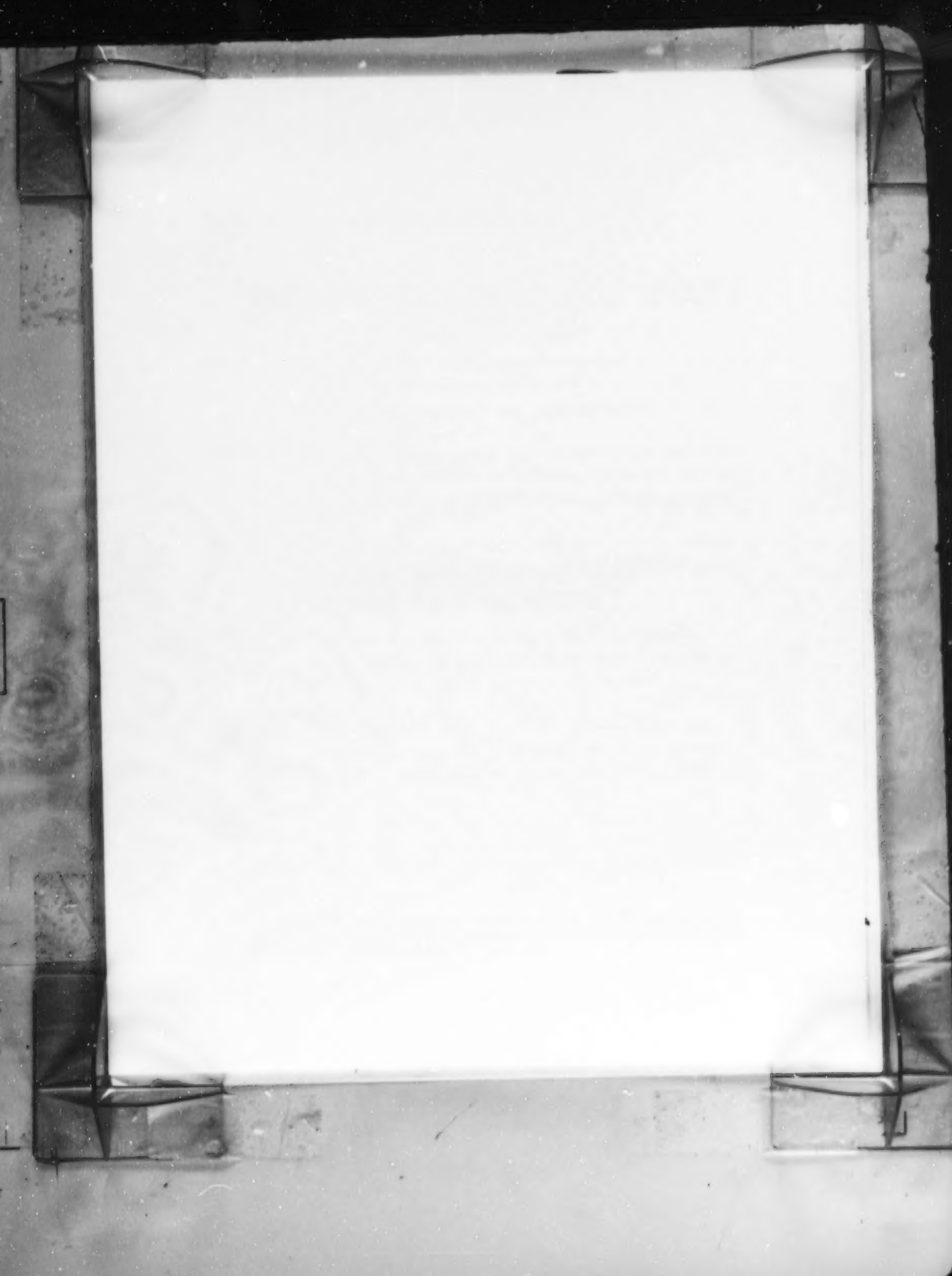
On peut avoir l'impression en constatant la somme d'informations contenue dans ce document qu'il est difficile d'enseigner à un élève handicapé physique. Il n'en est rien; si les informations sont nombreuses, c'est surtout à cause de la très grande diversité que présentent ces enfants.

Il ne s'agit pas d'un livre de recettes ni d'un inventaire des difficultés et des moyens de les surmonter. Les moyens proposés dans ce document devront être sélectionnés en fonction des besoins particuliers de chaque enfant et complétés à la suite des études et des expériences personnelles de chaque enseignant.

---

1. Chaque fois que l'on mentionne "l'enseignant, le directeur", il faut comprendre "l'enseignant ou l'enseignante, le directeur ou la directrice".

1. DÉFINITION DE L'ÉLÈVE HANDICAPÉ PHYSIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉFICIENCE



ATELIER II: La perception du handicap physique

1. Quels sont, d'après-vous, les perceptions qu'ont les gens de votre entourage, sur les personnes handicapées physiques ? Au point de vue...

social: _____

affectif: _____

moral: _____

physique: _____

intellectuel: _____

pédagogique: _____

2. Lesquelles de ces perceptions deviennent des limites à établir un contact avec les personnes handicapées? (Inscrire un L à côté des perceptions qui deviennent limitatives).

1. DÉFINITION DE L'ÉLÈVE HANDICAPÉ PHYSIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉFICIENCE

1.1 Définition fonctionnelle de l'élève handicapé physique

"L'élève ayant un handicap physique est celui dont l'évaluation médicale révèle une ou plusieurs déficiences motrices ou organiques pouvant compromettre sa scolarisation. Cet élève nécessite, même avec l'aide de la médecine et de la technologie, des services éducatifs spéciaux". (1)

IL FAUT MENTIONNER QUE LES ENFANTS ATTEINTS DE DÉFICIENCE PHYSIQUE NE SONT PAS NÉCESSAIREMENT HANDICAPÉS SUR LE PLAN SCOLAIRE. AUSSI NE FAUT-IL PAS OUBLIER LES CAPACITÉS DE COMPENSATION DE L'ÉLÈVE ET LA DYNAMIQUE DE L'ENSEMBLE DE SON DÉVELOPPEMENT.

1.2 Les différentes manifestations

Le handicap physique chez l'enfant peut se manifester de différentes façons. En voici deux exemples:

1- François est atteint d'un handicap physique, la paralysie cérébrale. Elle se manifeste par des troubles moteurs originant d'une lésion au cerveau... François peut marcher, parler, écrire et il est aussi curieux et actif que n'importe quel enfant... Tous les gestes, les mouvements, les actions que les enfants exécutent sans même y penser (ramper, marcher, manger, boire, s'asseoir, tenir un crayon, etc.) sont difficiles pour François. Il doit se concentrer et se souvenir de la manière exacte dont il faut s'y prendre, chaque fois qu'il les répète. Ces gestes si simples, il ne peut les faire naturellement ou automatiquement. Il doit apprendre à commander à chacun de ses muscles pour réussir le geste qu'il veut effectuer.

1. Instruction AE-15-81-01

DÉFINITION DE L'ÉLÈVE HANDICAPÉ PHYSIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉFICIENCE

2- Régulièrement, Chantal doit subir des drainages pour enlever le surplus de sécrétions dans ses voies respiratoires, sinon elle étouffe. Sa faible capacité respiratoire provoque chez elle une faiblesse accrue... Chantal est atteinte d'une fibrose kystique.

1.2.1 Les déficiences motrices

Chez celui qui présente une déficience motrice, le mouvement et le développement physique sont généralement limités ou empêchés par:

- des réactions et des réflexes anormaux,
- un tonus musculaire anormal (hypotonie ou hypertonie),
- une incoordination motrice,
- une faiblesse musculaire ou une paralysie,
- une absence de parties du corps,
- une amplitude limitée du mouvement.

1.2.2 Les déficiences organiques

Les déficiences organiques sont liées à une atteinte du système respiratoire, circulatoire, cardiaque, rénal, métabolique ou cérébral. Ces problèmes de santé affectent le comportement et limitent bien souvent les activités de l'enfant.

1.2.3 Les déficiences associées

Les enfants handicapés physiques présentent souvent une ou plusieurs autres déficiences en plus de leur problème moteur ou organique. Ces déficiences se retrouvent au plan:

- visuel (perte d'acuité visuelle, mauvaise coordination oculo-motrice, atrophie de l'oeil, etc.),
- auditif (perte auditive),
- perceptuel (discrimination, reconnaissance d'objets et d'images, etc.),
- linguistique (perte de la parole, difficulté au niveau de l'articulation de la voix, etc.),
- intellectuel.

1.3 Les causes des déficiences physiques

Les causes des déficiences physiques sont nombreuses, pratiquement aussi nombreuses que les déficiences elles-mêmes:

- atteinte du système nerveux périphérique (poliomyélite, paraplégie traumatique, etc.),
- atteinte cérébrale (paralysie cérébrale, traumatisme crânien, tumeur cérébrale, épilepsie, etc.),
- atteinte musculaire, articulaire ou osseuse (arthrite, rhumatisme, dystrophie musculaire, etc.),
- atteinte au système respiratoire (asthme, tuberculose, etc.).

- atteinte au système circulatoire ou cardiaque (cardiopathie, anémie, hémophilie, etc.),
- atteinte rénale (néphrite, insuffisance rénale, etc.),
- atteinte métabolique (diabète, obésité, etc.).

Ces déficiences physiques peuvent être liées à une transmission génétique ou résulter d'atteintes microbiennes ou virales, d'accidents durant la grossesse, au moment de la naissance ou au cours de la vie. L'origine de certaines déficiences nous demeure inconnue.

1.4 Les conséquences des déficiences physiques

1.4.1 Les conséquences physiques

a) Les déficiences motrices

La plupart des enfants qui présentent une déficience motrice doivent suivre des *traitements de physiothérapie et d'ergothérapie*. La majorité d'entre eux est suivie par une équipe médicale et beaucoup doivent subir des traitements à un moment ou l'autre de leur croissance physique.

Il arrive que ces traitements soient dispensés durant les heures de classe. Les enfants doivent alors s'absenter pour suivre leur thérapie individuelle.

Par ailleurs, les déficiences motrices d'un enfant ont des répercussions sur son comportement. La *fatigabilité* est une conséquence directe de la déficience motrice. Quand l'enfant se

déplace à l'aide de béquilles, d'une marchette ou d'appareils orthopédiques, il le fait avec beaucoup d'efforts physiques. Les traitements de physiothérapie, les exercices d'orthophonie sont particulièrement épuisants.

L'activité de l'enfant peut être perturbée par le fait qu'il ne peut se tenir seul ou naturellement dans la position voulue. Pour que le rendement de l'enfant soit bon, il est important que l'enseignant voie à ce que l'enfant soit installé convenablement.

La déficience motrice impose aussi quelquefois une dépendance dans les activités de vie quotidienne (se nourrir, se vêtir, s'habiller, se laver, aller à la toilette, etc.).

b) Les déficiences organiques

Les déficiences organiques ont des répercussions sur les réactions générales de l'enfant. Les plus importantes sont l'arrêt momentané des activités à cause des crises (épilepsie, asthme), le surcroît de fatigabilité et les effets secondaires des médicaments.

Pour certaines déficiences organiques, l'enseignant devrait consulter l'équipe médicale qui traite l'enfant afin de connaître les précautions à prendre en cas de difficultés majeures.

1.4.2 Les conséquences psychologiques et sociales

Pour l'enfant handicapé physiquement, l'image du corps est souvent difficile à intégrer positivement parce que c'est précisément cet aspect de sa personne qui le désavantage et mar-

DÉFINITION DE L'ÉLÈVE HANDICAPÉ PHYSIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉFICIENCE

que visiblement la différence entre lui et les autres. Tous les êtres humains ressentent jusqu'à un certain point, le besoin d'être comme les autres. Chez l'enfant, ce besoin se manifeste d'abord par le corps et l'action. Comme l'enfant handicapé physiquement ne peut satisfaire ce besoin, certaines conséquences psychologiques et sociales apparaissent.

- L'enfant peut se sentir objet de mépris et de dégoût.
- Il peut nier l'existence de sa déficience ou des limites qu'elle impose à ses activités.
- Il se considère comme la victime d'une injustice et devient susceptible de vouloir en punir les autres par son hostilité ou son repli sur soi.
- Il peut percevoir sa déficience comme la punition d'un acte commis par lui ou ses parents.
- Il peut sentir la frustration, l'hostilité, l'agressivité parce que sa déficience entrave son désir d'indépendance.
- L'enfant refuse de se faire aider.
- Sa dépendance vis-à-vis d'autrui devient la meilleure façon de s'assurer l'attention, l'affection et les soins de ceux qui l'entoure.
- La difficulté d'acceptation du handicap de leur enfant entraîne, chez certains parents, des réactions de négation de la déficience ou de surprotection.
- Les nombreux contacts que l'enfant établit avec les adultes qui s'occupent de lui l'amène parfois à croire qu'ils sont là uniquement pour lui et qu'ils n'agissent qu'en fonction de lui.

- Les adultes ont parfois tendance à sous-estimer ses possibilités réelles ou encore à les surestimer.

1.4.3 Les conséquences pédagogiques.

Il faut savoir que ce ne sont pas tous les enfants handicapés physiques qui rencontrent des difficultés d'apprentissage. Ceux dont la déficience physique n'est pas liée à une atteinte cérébrale apprennent habituellement avec les mêmes approches et méthodes pédagogiques que les autres élèves. Cependant, à cause de leur déficience, quelques-uns peuvent avoir besoin de certaines aides techniques pour écrire, pour utiliser des instruments, pour comprendre certaines notions particulières. Il faut, à l'occasion, adapter le matériel d'enseignement.

Dans le cas où la déficience physique est conséquente à une atteinte cérébrale comme l'épilepsie ou la paralysie cérébrale, certains enfants semblent présenter un fonctionnement intellectuel particulier dont il faudra tenir compte dans les interventions pédagogiques.

Il faut bien se garder de généraliser car les enfants dont la déficience physique est très grave apprennent souvent plus facilement que ceux dont la déficience est légère.

2. APPROCHE PÉDAGOGIQUE ET MOYENS D'ACTION

Atelier III: Intégration d'un élève handicapé physique dans une classe ordinaire.

Après avoir au préalable accepté la présence d'un élève handicapé physique dans votre classe, la direction de votre école vous informe, au retour des vacances, qu'un enfant atteint de paralysie cérébrale vous sera confié pour la prochaine année scolaire. Dans les jours qui précèdent la rentrée, vous devez vous préparer à accueillir vos élèves en tenant compte de la présence de cet enfant.

Celui-ci présente des difficultés d'élocution. Il se déplace seul et manipule aisément les objets à la condition qu'on lui laisse le temps nécessaire à commander ses mouvements qui ne sont pas complètement automatiques et qui manquent de synchronisation. Il doit fournir beaucoup d'efforts et se fatigue plus vite qu'un autre enfant lorsqu'il réalise une même tâche. Son apparence extérieure est caractéristique du handicap qui l'affecte. Il est cependant doué intellectuellement et bien que plus lent à effectuer une tâche, maîtrise assez facilement les apprentissages académiques.

Ce sera sa première expérience à l'école ordinaire.

Que devez-vous prévoir aux plans suivants?

Votre préparation personnelle :

Social:

- sa présence dans la classe: _____

- sa présence dans l'école: _____

Organisation physique de la classe:

Organisation pédagogique:

Les relations avec les autres adultes de l'école:

- Les enseignants des autres classes: _____

- Les enseignants spécialistes de matières: _____

- Le personnel de soutien de l'école: _____

- Le personnel professionnel non enseignant: _____

- La direction de l'école: _____

Les relations avec les parents:

- Les parents de l'élève: _____

- Les parents des autres élèves: _____

Autres: _____

2. APPROCHE PÉDAGOGIQUE ET MOYENS D'ACTION

2.1 Connaissances théoriques

Un certain nombre d'informations sont nécessaires à l'enseignant pour adapter sa pédagogie aux besoins particuliers de l'enfant handicapé physique. Il doit connaître:

- les caractéristiques des déficiences physiques ainsi que leurs répercussions psychologiques et sociales;
- les techniques et le matériel adaptés aux besoins particuliers de l'élève;
- l'équipe multidisciplinaire, son fonctionnement, le rôle et le travail de chacun, y compris le sien;
- les autres ressources humaines et matérielles propres à faciliter sa tâche.

2.2 Connaissances pratiques

L'enseignant peut avoir besoin de recourir à certaines techniques expressément conçues pour des problèmes particuliers: (1)

- techniques pour assurer une bonne position: pour que l'enfant donne son plein rendement.
- techniques liées aux activités de vie quotidienne: aide dont l'élève a besoin pour se déplacer, aller à la toilette, manger, etc.

(1) Parmi cette nomenclature, l'enseignant ne retiendra que les connaissances pratiques pouvant lui permettre de répondre aux besoins particuliers de l'élève qui lui est confié.

- l'appareillage: connaissance du fonctionnement et de la manière de mettre ou d'enlever l'appareil.

- techniques liées à l'écriture: méthodologie permettant aux enfants dont les bras ou les mains sont absents ou atteints, d'écrire.

- techniques de transfert: passage de la chaise roulante à un autre siège et vice-versa.

- techniques de correction de troubles mineurs du langage.

- sensibilisation aux barrières architecturales et adaptations physiques simples.

- soins d'urgence pour les cas les plus courants (voir annexe II).

2.3 Modes d'intervention éducative

Une pédagogie individualisée s'impose pour l'enfant handicapé physiquement.

Individualiser ne veut pas dire isoler. Si l'élève a besoin de cette intervention pour accéder plus facilement à la connaissance, il a également besoin de toutes les activités de groupe.

Avec l'enseignement individualisé, les exigences sont différentes pour l'exploitation d'un même contenu. Il ne s'agit pas d'alléger les contenus de matière ou les exigences, mais bien de modifier les approches, de mettre au point des stratégies, de recourir aux meilleurs instruments pour que l'enfant développe au maximum ses potentialités.

2.4 Modes d'intervention corrective

Il faudra peut-être modifier à certains égards l'approche pédagogique en fonction des handicaps physiques.

En raison des troubles associés à leurs déficiences, certains handicapés physiques doivent entreprendre, avant ceux de la lecture, de l'écriture ou de la mathématique, des apprentissages souvent élaborés par l'équipe médicale et dispensés par les parents à la maison.

L'enfant handicapé physique qui présente des troubles graves d'apprentissage peut avoir besoin d'une approche pédagogique spéciale et devrait pouvoir bénéficier des mêmes services que les enfants non handicapés atteints de difficultés du même ordre.

S'assurer que l'enfant est assis dans une bonne position pour travailler, qu'il peut jouer dans la cour de récréation en toute sécurité, qu'il peut aller à la toilette ou prendre son autobus, etc., ce sont des rôles que joue généralement l'enseignant. Ce genre d'intervention prend une importance particulière et un caractère bien précis lorsqu'il s'agit d'enfants handicapés physiquement. Cependant ils n'ont pas toujours besoin d'aide. On ne saurait nier non plus que l'encadrement de certains handicapés physiques est trop lourd pour être assumé totalement par l'enseignant; il doit pouvoir compter sur d'autres intervenants.

2.5 Modes d'évaluation

L'évaluation de l'enfant handicapé physique, qu'elle soit à caractère socio-affective, intellectuelle ou pédagogique, pose quelquefois des problèmes techniques ainsi que des problèmes d'interprétation des résultats. Mentionnons entre autres:

- le rythme différent d'exécution,

- un manque de dextérité manuelle,
- les difficultés d'élocution.

L'enseignant devra adapter son mode d'évaluation aux capacités de l'élève handicapé physique.

2.6 Activités parascolaires

On doit privilégier la participation de l'enfant handicapé physique aux activités parascolaires des enfants non-handicapés.

- activités sportives: consultation auprès du médecin (équitation - natation, etc.)
- activités artistiques: (musique - peinture - poésie, etc.)
- activités intellectuelles: (lecture - histoire - politique, etc.)
- jeux: (échecs - dames - cartes - dominos, etc.)
- activités extérieures: (visites - classes vertes, etc.)
- scoutisme

3. PERSPECTIVES D'INTÉGRATION

3. PERSPECTIVES D'INTÉGRATION

3.1 L'élève handicapé physique

L'élève handicapé physiquement est le premier agent de son intégration; il faut qu'il y soit prêt et qu'il le désire pour atteindre un maximum d'autonomie.

3.2 Le milieu scolaire d'accueil

Un élève est intégrable dans la mesure des moyens que le milieu est prêt à se donner pour l'intégrer. Le milieu doit s'adapter aux besoins de l'enfant et non pas seulement l'enfant au milieu. De nombreux individus sont impliqués dans cette intégration:

- La direction de l'école résoud les difficultés d'ordre matériel et administratif et sensibilise les personnes qui vivent dans l'école;
- l'enseignant planifie et adopte les modes d'intervention aux besoins particuliers des élèves, applique les programmes et évalue les résultats;
- les parents soutiennent le travail de l'enseignant;
- le personnel de soutien fournit l'aide nécessaire que demandent l'élève et les autres intervenants.

3.3 Les personnes-ressources

- l'ergothérapeute: l'enseignant devrait le consulter à chaque fois qu'il constate un problème de fonctionnement (déplacements, maintien, bref, pour tout ce qui relève de la réadaptation fonctionnelle). Par l'usage de techniques, l'ergothérapeute permet à l'élève handicapé de développer intégralement ses capacités.

- le physiothérapeute: vise à maintenir ou améliorer la force par des exercices de résistance, à maintenir l'amplitude du mouvement et l'alignement du corps. Il enseigne l'usage et le soin des prothèses et orthèses.

- l'orthophoniste-audiologiste: corrige les troubles de langage (l'enseignant doit prolonger son travail).

- l'enseignant-itinérant: assure le lien entre le milieu spécialisé d'où vient l'élève et l'enseignant qui le reçoit. Il apporte aussi l'aide spécialisée dont l'enfant a besoin. L'enseignant-itinérant n'existe que dans quelques milieux.

3.4 Limites de l'intégration

Pour certains enfants handicapés physiquement (incapacité à communiquer, besoins trop fréquents de soins ou de traitements spécialisés, etc.), l'intégration peut se révéler impossible. Dans d'autres cas, le manque de ressources du milieu, le manque de motivation de l'élève et les retards académiques accumulés rendent l'intégration plus difficile. C'est dans une école spécialisée ou une classe spéciale que ces élèves pourront obtenir les services les mieux adaptés à leur situation.

Activité V: Les rôles des différents intervenants.

En tant qu'enseignant qui reçoit dans sa classe un élève handicapé physique, vous devez souhaiter une certaine collaboration de la part des intervenants. Nous vous proposons de spécifier vos attentes face à chacun de ces rôles:

- la direction de l'école: _____

_____

_____

- le coordonnateur ou le conseiller en adaptation scolaire:

_____

_____

_____

- les conseillers pédagogiques-matière: _____

_____

_____

- les professionnels non enseignants: (Spécifier ex.: psychologue, orthophoniste, médecin): _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

- les autres enseignants: _____

_____

_____

_____

_____

- les parents: _____

_____

_____

- les élèves: _____

_____

_____

Si vous ne recevez pas d'élèves handicapés physiques dans votre classe mais qu'il en existe dans d'autres classes, quelle collaboration êtes-vous prêts à apporter en tant que membre de l'équipe école?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

CONCLUSION

L'intégration ne saurait se réaliser si le personnel de l'école n'est pas acquis à l'idée même de l'intégration, à sa valeur pratique, et surtout à sa nécessité. Ce sont les adaptations que le milieu consent à la situation particulière de l'enfant qui rendent celui-ci intégrable ou non intégrable, beaucoup plus que son handicap physique. Toutefois, il ne suffit pas de mesures matérielles, pédagogiques et administratives ni de la compréhension du personnel scolaire pour que l'école soit accessible à tous les handicapés physiques. Pour un bon nombre de ces élèves, des mesures spéciales demeureront indispensables si l'on veut leur offrir un enseignement de qualité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Matériel et références utiles

LIVRES

BIGGE (J.L.), O'DONNEL (P.A.). Teaching Individuals With Physical and Multiples Disabilities, Charles E. Merfill Publ. Comp. A Bell & Howell Comp., Toronto, 1976

Guide pédagogique des plus complets sur l'enseignement individualisé des handicapés moteurs du niveau préscolaire jusqu'à l'intégration sur le marché du travail.

BLECK (E.E.), NAGEL (D.A.). Physically Handicapped Children, A medical atlas for teachers, Grune E. Sttatton Ed., N.-Y., 1975.

Cet "atlas" médical, conçu spécialement pour les enseignants, présente une description des déficiences physiques les plus courantes en des termes très accessibles ainsi que les répercussions de ces déficiences sur la vie scolaire.

CONNOR (F.P.), The education of crippled children, Gruickshank, Johnson editors, Education of exceptionnal children and youth, Prentice-Hall Inc. Englewood Gliffs, N.J. sec. Eds. 1963, 623 p.

Livre de base pour ceux qui veulent comprendre les répercussions des déficiences motrices sur le processus cognitif de l'enfant.

LEFÈVRE (L.), DELCHET (R.), L'éducation des enfants et des adolescents handicapés; Encyclopédie moderne d'éducation; Tome I, Les handicapés moteurs E.S.F., 2e édition, 1974.

LIVRES

ROBAYE (F.G.)., L'enfant au cerveau blessé, Psychologie et Sciences humaines. Dessart et Mardaga, Eds. Bruxelles, 1975.

FINNIE (N.R.), Éducation à domicile de l'enfant infirme moteur cérébral, Eds. Masson et Les presses de l'Université Laval, QUÉBEC, 1979.

Ce livre est conçu spécialement pour les parents, mais il présente toute une série d'informations et de suggestions très utiles pour la jardinière principalement pour tout ce qui concerne les déplacements, les positions, les jeux, les activités de vie quotidienne comme la toilette, l'alimentation, l'habillement, etc.

Ministère de l'Éducation du Québec, document de sensibilisation:

"L'enfant physiquement handicapé a-t-il sa place à l'école?", D.G.D.P., Service de l'adaptation scolaire, novembre 1980.

FILMS

1. Jules le Magnifique, Michel Moreau 75 min. Infirmité motrice cérébrale

2. Le poids de l'étiquette: l'épilepsie. Vidéogramme couleur 19 mm. 28 min. Les vieilles peurs démistifiées. Témoignage émouvant d'une mère.

3. Infirmes moteurs cérébraux: Essai d'analyse des modes d'apprentissage des enfants I.M.C.

4. Gestes absurbes. Vidéogramme couleur 19 mm. 28 min. Les attitudes de l'homme de la rue devant ceux qui sont différents.

5. Les chaises roulantes. Vidéogramme couleur 19 mm. 28 min., 1976 Le cercle vicieux travail-transport des handicapés physiques. Que fait la société?

6. Je veux guérir, dans la série Espoir, Ataxie de Friedreich, 28 min.

ANNEXE I

LISTE DES ASSOCIATIONS ET ORGANISMES S'OCCUPANT DES HANDICAPÉS PHYSIQUES

ASSOCIATION DE SPINA-BIFIDA ET D'HYDROCÉPHALIE DU QUEBEC
400, rue St-Jacques ouest
Bureau 206
MONTREAL (P.Q.) H2Y 1S2
Tél: (514) 288-3380

AIDE AUX OBÈSES HANDICAPÉS DU QUEBEC
2275, avenue Laurier est
MONTREAL (Qué.) H2H 2N8
Tél: (514) 521-2218

ASSOCIATION DU DIABÈTE DU QUÉBEC
4565, de la Reine Marie, suite 1735
MONTRÉAL (QUEBEC) H3W 1W5
Tél: (514) 731-6406

ASSOCIATION DES LARYNGECTOMISÉS DU QUÉBEC
1980, rue Sherbrooke ouest
suite 1102
MONTREAL (Qué.) H3H 1E6
Tél: (514) 931-7548 / 849-0739

ASSOCIATION DE PARALYSIE CÉREBRALE DU QUÉBEC INC. (L')
525, boul. Hamel Est
sous-sol, aile A, suite A-50
QUÉBEC (Qué.) G1M 2S8
Tél: (418) 529-3371

COMITÉ D'INTÉGRATION DES HANDICAPÉS PHYSIQUES DU QUÉBEC
5017, rue St-Hubert local 46
MONTRÉAL (Qué.) H2J 2X9
Tél: (514) 288-2777

PARADE DES DIX SOUS POUR LES HANDICAPÉS DU QUÉBEC
1253, avenue McGill collège,
suite 475
MONTRÉAL (Qué.) H3B 2Y5
Tél: (514) 866-3689

ASSOCIATION DES PARAPLÉGIQUES DU QUEBEC
4545, chemin Queen Mary
MONTRÉAL (Qué.) H3W 1W4
Tél: (514) 344-3890

REGROUPEMENT DES AVEUGLES ET AMBLYOPES DU QUEBEC
3740, rue Berri 2e étage
MONTRÉAL (Qué.) H2L 4G9
Tél: (514) 849-7515

CONSEIL DU QUÉBEC DE L'ENFANCE EXCEPTIONNELLE
2765, chemin de la Côte St-Catherine
MONTREAL (Qué.) H3T 1B5
Tél: (514) 342-0596 / 342-0151

SOCIÉTÉ POUR LES ENFANTS INFIRMES
1455, rue Rochon
VILLE ST-LAURENT (Qué.)
H4L 1W1
Tél: (514) 748-8816

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE
550, rue Sherbrooke ouest
MONTREAL (Qué.) H3A 1B9
Tél: (514) 849-3291

ASSOCIATION QUEBECOISE DES LOISIRS POUR PERSONNES HANDICAPÉES (A.Q.L.P.H.)
1415, rue Jarry est
MONTREAL (Qué.) H2E 2Z7

COMITE PROVINCIAL DES MALADES
C.P. 458
Succursale Complexe Desjardins
MONTRÉAL (Qué.) H5B 1B5
Tél: (514) 842-3391 - 2

ASSOCIATION PROVINCIALE DES HANDICAPÉS DU LARYNX INC.
C.P. 1122
QUÉBEC (Qué.) G1K 7C3
Tél: (418) 627-3846

ASSOCIATION OUÉBÉCOISE POUR LES ENFANTS AYANT DES TROUBLES D'APP.
4820, avenue Van Horne, suite 8
MONTRÉAL (Qué.) H3W 1J3
Tél: (514) 735-1636

CONSEIL CANADIEN DES AVEUGLES
2289, rue Daniel # 7
LONGUEUIL (Qué.)
J4J 3N5
Tél: (514) 674-0605

COMITE DE LIAISON DES HANDICAPÉS PHYSIQUES DU QUÉBEC
2275, rue Laurier est
MONTREAL (Qué.) H2N 2N8
Tél: (514) 524-3366

ASSOCIATION DU QUÉBEC POUR ENFANTS AVEC PROBLÈMES AUDITIFS
3725, rue St-Denis, # 418
MONTRÉAL (Qué.) H2X 3L9
Tél: (514) 842-3926

FONDATION CANADIENNE DE LA FIBROSE KYSTIQUE
C.P. 146
SILLERY (Qué.) G1T 2P7
Tél: (418) 527-7726

LIGUE DE L'EPILEPSIE DU QUÉBEC
2275, avenue Laurier est
MONTRÉAL (Qué.)
H2N 2N8

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES
Division du Québec
1455, rue Peel, bureau M 19
MONTREAL (Qué.) H3A 1T5
Tél: (514) 849-7591

ASSOCIATION CANADIENNE DE L'ATAXIE DE FREIDREICH
5620, rue C.A. Jobin
MONTREAL (Qué.) H1P 1H8
Tél: (514) 321-8684

AIDE AUX INSUFFISANTS VISUELS DU QUEBEC
6513, rue St-Denis
MONTREAL (Qué.) H2S 2S1
Tél: (514) 270-1128

SOCIETE D'ARTHRITE
2075, rue Université
suite 802
MONTREAL (Qué.) H3A 2L1
Tél: (514) 842-4848

LEUCAN
Hôpital Ste-Justine
3175, chemin Côte Ste-Catherine
MONTRÉAL (Qué.) H3T 1C5
Tél: (514) 733-8465

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA LUTTE CONTRE LA FIBROSE KYSTIQUE
68, rue Bayview
POINTE-CLAIRE (Qué.) H9S 5C3
Tél: (514) 695-3213

FEDERATION PROVINCIALE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS POUR L'AIDE A L'INADAPTE INC.
2015, rue Bourbonnière
SILLERY (Qué.) G1T 1A9
Tél: (418) 376-4603

TRANSPORT 2000
2222, rue Laurier est
MONTRÉAL (Qué.) H2H 1C4
Tél: (514) 527-4521 / 523-4865

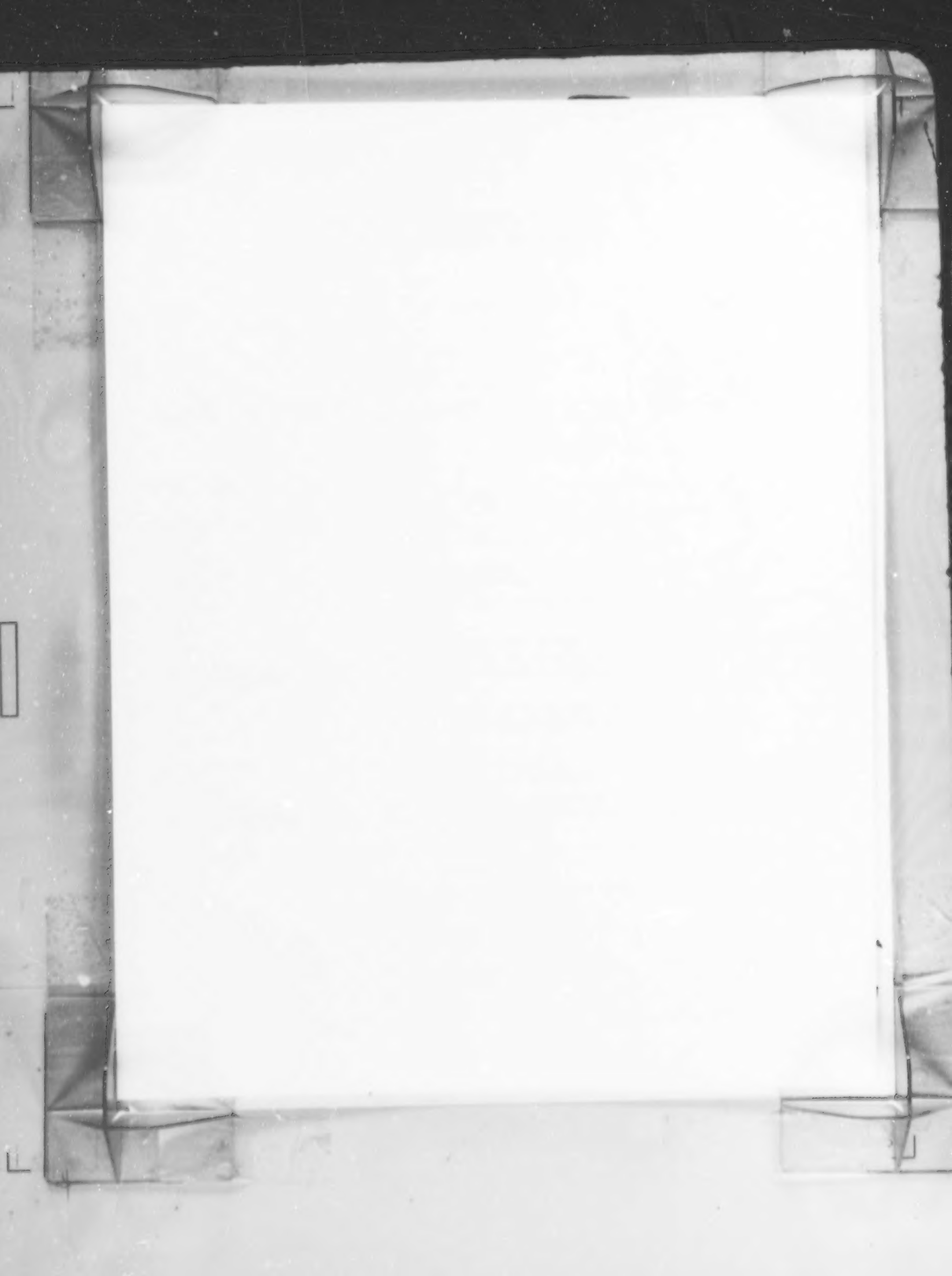
FEDERATION DES LOISIRS ET SPORTS POUR HANDICAPES DU QUEBEC
1415, rue Jarry est
Bureau R-12
MONTREAL (Qué.) H2E 2Z7
Tél: (514) 374-4700

FONDATION PARKINSON DU QUÉBEC
110, avenue des Pins ouest
MONTRÉAL (Qué.) H2W 1R7
Tél: (514) 842-1481 poste 215

ASSOCIATION QUEBÉCOISE DES PARENTS D'ENFANTS HANDICAPÉS VISUELS
3700, rue Berri, ch. 475 4e étage
MONTRÉAL (Qué.) H2Z 4G9
Tél: (514) 849-8729

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES
309, rue Brock
DRUMMONDVILLE (Qué.) J2B 1C5
Tél: (819) 477-0216 / 477-0290

ANNEXE II



Exemples de précautions à prendre pour certaines déficiences organiques

DÉSORDRES CONVULSIFS	Grand mal Savoir quoi faire en cas de crise même s'il y a peu de chance qu'il s'en produise. Avertir les parents si l'enfant manifeste une somnolence inhabituelle, éviter la fatigue, les émotions fortes, les contrariétés intenses.	Petit mal Lors d'opérations délicates avec un outil coupant ou pointu, veiller à ce que l'enfant ne se blesse pas.
TROUBLES RESPIRATOIRES	Asthme Savoir quoi faire en cas de crise. Débarrasser la classe des substances allergènes.	
TROUBLES METABOLIQUES	Diabète juvénile Désinfecter toute blessure ou égratignure. Eviter les engelures durant l'hiver. Importance de pouvoir reconnaître les symptômes d'hypoglycémie. Toujours garder du sucre dans la classe. Savoir quoi faire en cas de coma.	Obésité Attention spéciale lors de la collation. Encourager l'enfant à l'action.
TROUBLES CARDIAQUES	Cardiopathies congénitales Eviter la fatigue, les dérangements émotifs, les efforts physiques violents	Insuffisances cardiaques Prévenir les infections respiratoires.
TROUBLES AU NIVEAU DES CELLULES DU SANG	Hémophilie Éviter tout traumatisme à la tête et au cou. Savoir exactement quoi faire en cas d'hémorragie. Avertir les parents si l'enfant se plaint de maux de tête, de nausée, etc.	Anémie chronique Eviter la fatigue.

	Néphrite, insuffisance rénale chronique, dérivation des voies urinaires.	
TROUBLES RÉNAUX	Eviter la fatigue, le froid, les infections et surtout l'humidité aux pieds. Encourager l'enfant à boire souvent. Exclusion en cas d'épidémie.	

PROGRAMME DE MISE À JOUR EN ADAPTATION SCOLAIRE
QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

Module: _____

Commission scolaire: _____

Date: _____

POUR CHACUN DES ÉNONCÉS CI-APRÈS, ENCERCLER LA COTE QUI CORRESPOND À VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION:

Échelle:	4 - très satisfaisant
	3 - satisfaisant
	2 - insatisfaisant
	1 - très insatisfaisant

1. *Satisfaction générale*

1)	De façon générale, vous êtes satisfait de cette séance de formation.	4	3	2	1
2)	Est-ce que, dans le contexte de la Politique d'adaptation scolaire, la présente séance de formation a apporté des réponses à vos questions?	4	3	2	1

2. *Contenu du module*

1)	Le thème du module était pertinent à votre travail.	4	3	2	1
2)	Le contenu était bien structuré.	4	3	2	1
3)	Les explications fournies par l'animateur étaient suffisantes.	4	3	2	1
4)	Les éléments traités dans le contenu constituent un apport à votre travail quotidien.	4	3	2	1
5)	La quantité de connaissances pertinentes acquises lors de cette séance de formation est satisfaisante, compte tenu de vos objectifs personnels.	4	3	2	1

3. *Méthologie utilisée*

1) De façon générale, la formule d'animation adoptée vous a plu.	4	3	2	1
2) Les exercices pratiques étaient appropriés aux objectifs du module.	4	3	2	1
3) Les documents de support (cahier, acétates, audio-vision, etc.) étaient adéquats dans l'ensemble.	4	3	2	1
4) La durée de la formation était suffisante, étant donné le thème traité.	4	3	2	1

4. *Participation - implication personnelle*

1) Tout en tenant compte des contraintes imposées par la présence d'un groupe, le rythme personnel des individus a été respecté.	4	3	2	1
2) Votre engagement personnel a été significatif.	4	3	2	1

5. *Animateur*

1) L'attitude générale de l'animateur a permis une compréhension du module.	4	3	2	1
2) L'animateur a tenu compte des objectifs des individus.	4	3	2	1

6. *Commentaires - critiques - recommandations*

Merci!

EDUQ 8570035C

Gouvernement du Québec
Ministère
de l'Éducation

16 – 8639 – 03

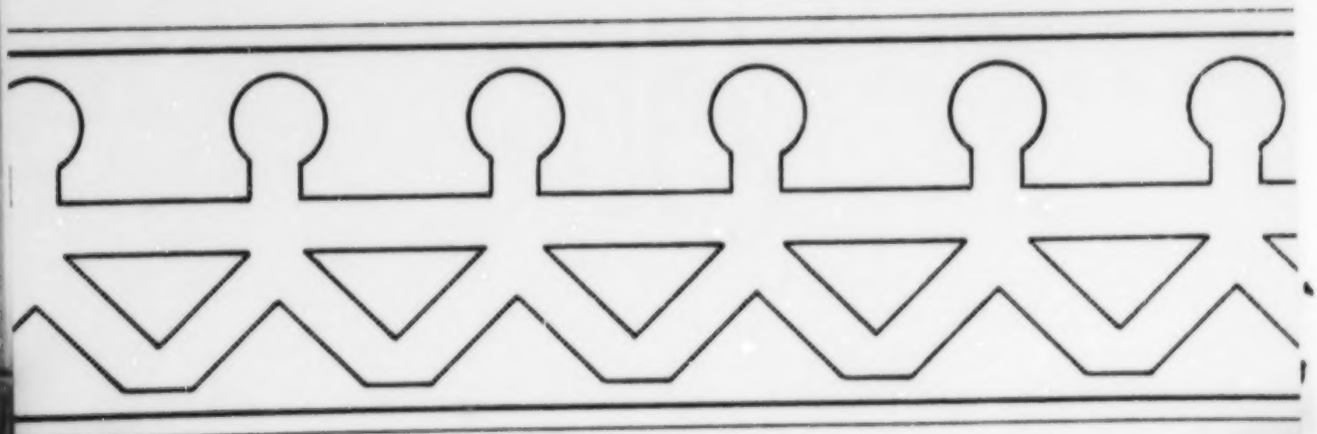
PERFECTIONNEMENT

PROGRAMME DE MISE À JOUR EN ADAPTATION SCOLAIRE POUR LES ENSEIGNANT(E)S

MODULE 9

L'INTÉGRATION DES ÉLÈVES HANDICAPÉS PHYSIQUES À L'ÉCOLE RÉGULIÈRE

GUIDE D'**ANIMATION**



EDUQ 8570035 C

PROGRAMME DE MISE À JOUR EN ADAPTATION SCOLAIRE POUR LES ENSEIGNANT(E)S

MODULE 9

L'INTÉGRATION DES ÉLÈVES HANDICAPÉS PHYSIQUES À L'ÉCOLE RÉGULIÈRE

GUIDE D'ANIMATION

Direction générale du développement pédagogique
Service de la formation du personnel scolaire

© Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation 1983

ISBN 2-550-05773-2

Dépôt légal - premier trimestre 1983

Horaire

9 h 00 à 9 h 30	Présentation de la journée	. Mot de bienvenue. . Présentation du déroulement de la journée. . Présentation des objectifs du module.
9 h 30 à 11 h 30	Premier atelier: Définition du handicapé physique et caractéristiques de la déficience	. Exposé sur la définition fonctionnelle du handicapé physique. Activité I diaporama "J'commence à avoir des acquis de ce côté-là." . Activité II: La perception du handicap physique. . Exposé sur les manifestations, les causes et les conséquences de la déficience physique.
	Pause-café	
11 h 30 à 13 h 00	Dîner	
13 h 00 à 14 h 30	Deuxième atelier: Approche pédagogique et moyens d'action	. Activité III: Intégration d'un élève handicapé physique dans une classe ordinaire. . Exposé sur les connaissances théoriques et pratiques minimales, les modes d'intervention éducative et corrective, les modes

		d'évaluation et les activités parascolaires. . Activité IV: La courte phrase.
14 h 30 à 14 h 45	Pause-café	
14 h 45 à 15 h 45	Troisième atelier: Perspectives d'intégration.	. Exposé sur les conditions d'intégration. . Activité V: Les rôles des différents intervenants.
15 h 45 à 16 h 00	Évaluation de la journée.	. Les participants répondent à un questionnaire d'évaluation. . Impressions et commentaires.

h 00 à 9 h 30 Présentation de la journée

OBJECTIF DE LA PRÉSENTATION

METTRE EN PLACE LES CONDITIONS QUI ASSURERONT LE BON DÉROULEMENT DE LA SÉANCE D'ANIMATION

MOT DE BIENVENUE

- L'animateur se présente.
- Les participants se présentent (nom et fonction) en précisant l'expérience qu'ils ont des élèves handicapés physiques.
- Un carton indentifie chaque participant.
- Matériel requis: 30 cartons.

PRÉSENTATION DES OBJECTIFS DU MODULE

- L'animateur s'enquiert auprès des participants des informations qui leur ont été communiquées par le coordonnateur ou le responsable quant à la nature de la présente séance d'animation.

  "Quelles sont vos attentes relativement à cette séance d'animation?"

- L'animateur expose les objectifs visés par ce module (voir introduction du cahier de l'animateur).
- Il situe le module dans le cadre du programme de mise à jour.
- Il présente la table des matières du module.

matériel requis: -acétates 01 - 02 - 03.
-rétroprojecteur et écran

PRÉSENTATION DU DÉROULEMENT DE LA JOURNÉE

- L'animateur présente l'horaire de la journée.

matériel requis: -acétate 04.

9 h 30 à 11 h 30 Premier atelier

DÉFINITION DU HANDICAPÉ PHYSIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉFICIENCE

OBJECTIF DE L'ATELIER I

FAIRE CONNAÎTRE AUX PARTICIPANTS LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE HANDICAPÉS PHYSIQUES, LES MANIFESTATIONS ET LES CAUSES DE LA DÉFICIENCE.

EXPOSÉ SUR LA DÉFINITION FONCTIONNELLE DU HANDICAPÉ PHYSIQUE

- L'animateur fait connaître la définition du handicapé physique.
- Il demande aux participants d'établir quelle serait leur définition d'un élève handicapé physique à l'école ordinaire.

matériel requis: -cahier du participant p. 9.

ACTIVITÉ I DIAPORAMA

Afin de compléter la définition de l'élève handicapé physique à l'école ordinaire, l'animateur propose le visionnement du diaporama "J'commence à avoir des acquis de ce côté-là".

- Il recueille les commentaires sur le diaporama et tente de compléter la définition du handicapé physique à l'école ordinaire.

matériel requis: -*diaporama "J'commence à avoir des acquis de ce côté-là".*
-*projecteur à diapositives.*
-*magnétophone synchronisé.*
-*écran.*

Pause-café

ACTIVITÉ II: - LA PERCEPTION DU HANDICAP PHYSIQUE

- L'animateur propose aux participants de compléter la page 7 du cahier du participant en équipe.
- Lorsque leur travail est terminé, l'animateur recueille les perceptions énoncées sous les différents thèmes.
- Il complète les données recueillies en indiquant les perceptions qui deviennent des limites aux personnes qui veulent établir une relation interpersonnelle avec un handicapé physique.

matériel requis: -*cahier du participant, p. 7.*

- L'animateur résume les différentes manifestations des déficiences physiques.

matériel requis: -cahier de l'animateur,
- les déficiences motrices p. 10,
- les déficiences organiques p. 12,
- les déficiences associées p. 13,
-acétate 05.

- Il aborde les principales causes des déficiences physiques.

matériel requis: -cahier de l'animateur, p. 13.
-acétate 06.

- Il présente les principales conséquences.

matériel requis: -cahier de l'animateur.
- les conséquences physiques:
déficiences motrices p. 15,
déficiences organiques p. 16,
- les conséquences psychologiques et sociales p. 21,
- les conséquences pédagogiques p. 24,
-acétate 07.

11 h 30 (DÎNER)

13 h 00 à 14 h 30 Deuxième atelier

APPROCHE PÉDAGOGIQUE ET MOYENS D'ACTION

OBJECTIFS DE L'ATELIER 2

PRÉSENTER AUX PARTICIPANTS LES CONNAISSANCES THÉORIQUES ET PRATIQUES À POSSÉDER, LES INTERVENTIONS ÉDUCATIVES ET CORRECTIVES À PRIVILÉGIER ET LES MODES D'ÉVALUATION À UTILISER

Activité III: INTÉGRATION D'UN ÉLÈVE HANDICAPÉ PHYSIQUE DANS UNE CLASSE ORDINAIRE.

- Les participants jouent le rôle d'un enseignant qui doit planifier l'accueil de ses élèves. L'animateur leur accorde le temps nécessaire à planifier leur intervention en utilisant le cahier du participant à la page 19. Cette activité se fait en équipe.

- Après la réalisation de cette tâche, l'animateur recueille les éléments retenus par chacune des équipes selon les différents plans énoncés.

- Un échange suit.

matériel requis: -cahier du participant, p. 19 à 21.

- L'animateur fait un résumé des connaissances théoriques et pratiques minimales que devraient posséder les enseignants.

matériel requis: *-cahier de l'animateur, p. 27.*
-acétate 08.

- L'animateur propose des modes d'intervention éducative, d'intervention corrective et d'évaluation.

matériel requis: *-cahier de l'animateur, p. 24.*
-acétate 09.

- Il fait connaître certaines activités parascolaires à privilégier.

matériel requis: *-cahier de l'animateur, p. 26.*
-acétate 10.

Activité IV: LA COURTE PHRASE

- L'animateur demande aux participants d'écrire une courte phrase dans des conditions particulières:

  - les participants portent dans leur main un carton rigide qui empêche les doigts de plier. Ce carton est retenu par une bande élastique.

- Après cet exercice, l'animateur s'enquiert des commentaires et les met en relation avec le rythme différent dans l'apprentissage et dans l'exécution pour tout individu.

- Exemple de phrase: "Aux âmes bien nées, la valeur n'attend pas le nombre des années".

matériel requis: -30 *bandes élastiques,*

-30 *cartons résistants,* (9 cm X 18 cm).

14 h 45 à 15 h 45 Troisième atelier

PERSPECTIVES D'INTÉGRATION

OBJECTIF DE L'ATELIER 3

SOULIGNER LES PRINCIPALES CONDITIONS D'UNE INTÉGRATION RÉUSSIE, FAIRE CONNAÎTRE LES PERSONNES-RESSOURCES. SE DÉTERMINER DES LIMITES PERSONNELLES D'INTÉGRATION.

EXPOSÉ SUR LES CONDITIONS D'INTÉGRATION.

- L'animateur fait connaître les principales conditions d'une intégration réussie.

matériel requis: cahier de l'animateur:
- *l'élève handicapé physique* p. 37,
- *le milieu scolaire d'accueil* p. 37,
- *les personnes-ressources* p. 40,
- *les limites de l'intégration* p. 42,

acétates 11 et 12.

Activité V: LES RÔLES DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS.

- Les participants sont invités à effectuer personnellement l'activité 5. Une mise en commun ne se fait qu'avec l'accord de l'ensemble des participants.

15 h 45 à 16 h 00 Évaluation de la journée

- L'animateur distribue le questionnaire d'évaluation et demande aux participants de le remplir.

matériel requis: -*30 questionnaires ou le cahier du participant, p. 49.*

- L'animateur conclut la session sur un échange des impressions de la journée. Il demande, entre autres, aux participants s'ils ont atteint leurs objectifs.

TABLEAU DESCRIPTIF DES ATELIERS DU MODULE 9

PREMIER ATELIER	DEUXIÈME ATELIER	TROISIÈME ATELIER
Définition du handicapé physique et caractéristiques de la déficience.	Approche pédagogique et moyens d'action.	Perspectives d'intégration
. Activité I: Diaporama "J'commence à avoir des acquis de ce côté-là". . Activité II: La perception du handicap physique. . Exposé.	. Activité III: Intégration d'un élève handicapé physique dans une classe ordinaire. . Exposé. . Activité IV: La courte phrase.	. Exposé. . Activité V: Les rôles des différents intervenants.
Objectif I Faire connaître aux participants les différentes catégories de handicapés physiques, les manifestations et les causes de la déficience.	Objectif II Présenter aux participants les connaissances théoriques et pratiques à posséder, les interventions éducatives et correctives à privilégier et les modes d'évaluation à utiliser.	Objectif III Souligner les principales conditions d'une intégration réussie, faire connaître les personnes-ressources. Se déterminer des limites personnelles d'intégration.
Acétates 05 à 07.	Acétates 08 à 10.	Acétates 11 et 12.